This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LIBRAIRIE MÉDICALE
CH. BOULANGE
14 Rue l'Ancienne Comédie PARIS

REVUE

DE

PSYCHIATRIE

(MÉDECINE MENTALE, NEUROLOGIE, PSYCHOLOGIE)

Comité de rédaction :

KLIPPEL
Médecin
des Hôpitaux
de Paris.

A. MARIE
Médecin-Directeur
de la Colonisation
de Dun-sur-Auron

PACTET
Médecin de l'asile
de
Villejuif

SÉRIEUX
Médecin de l'asile
de
Ville-Evrard.

Directeur :

EDOUARD TOULOUSE
Médecin de l'Asile de Villejuif

Secrétaire de la rédaction :

Dr MARCHAND
Interne des asiles de la Seine

1899

PARIS
A. MALOINE, ÉDITEUR
23, rue de l'Ecole-de-Médecine, 23

1900

BOSTON MEDICAL
DEC 20 1913
LIBRARY.

CATALOGUED
DEC 19 1913
J. F. B.

PRINCIPAUX TRAVAUX CONTENUS DANS CE VOLUME

(Voir la table des matières à la fin du volume.)

Psychiatrie.

La statistique des aliénés du canton de Zurich. (Paul Sérieux.) 6
Direction et personnel médical des asiles d'aliénés. (Ed. Toulouse.) 19
A propos de la conférence antianarchiste de Rome. (A. Marie.) 48
Les médecins des asiles. (Ed. Toulouse.) 101
La folie dans ses rapports avec la responsabilité. (F. Sutherland.) 104
Les hôpitaux et services d'observation et de traitement. (Ed. Toulouse.) 165
Organisation scientifique d'un service d'aliénés. (Ed. Toulouse.) 197
Organisation d'un service d'aliénés. (Ed. Toulouse.) 303
Quelques réflexions sur le patronage des aliénés convalescents. (A. Marie.) 233
L'open door en Ecosse. (Ed. Toulouse.) 261
Un cas de dipsomanie morphinique. (André Antheaume et Raoul Leroy.) 339

Neurologie.

Les lésions tabétiformes dans la paralysie générale. (Et. Rabaud.) 37
Les paralysies générales progressives d'après M. Klippel. (F. Pactet.) 69
Influence des maladies infectieuses sur les accès convulsifs épileptiques. (Toulouse et Marchand.) 135
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes 137
Paralysie générale juvénile et épilepsie. (Ed. Toulouse et Marchand.) 218
Pouls et température dans les vertiges épileptiques. (L. Marchand.) 244
Pachyméningite suppurée simulant le syndrome de Weber, survenue chez un alcoolique, au cours d'un érysipèle de la face. (A. Vigouroux et Viguier.) 277
Rôle de l'écorce cérébrale en général. (Jules Soury.) 293

Anthropologie. — Sociologie.

Etude sur Léon Gambetta, par V. Laborde. (A. Vigouroux) .. 58
Etude statistique sur le suicide en Angleterre et en Ecosse. (Dr Sibbald.) 84
Histologie du myélencéphale de Vacher 229

BOSTON MEDICAL LIBRARY
DEC 20 1913

Vacher a été exécuté le 31 décembre 1898. Le Dr Madeuf, qui avait une procuration de la famille, s'est fait remettre le corps du supplicié. Il désirait rechercher les lésions causées par la balle que Vacher s'était logée dans le crâne au cours d'une tentative de suicide. L'autopsie a été faite à Bourg par le Dr Madeuf, assisté de plusieurs médecins. Le cerveau a été pesé ; et le poids constaté a été de 1500 grammes. On l'a divisé en ses deux hémisphères. La portion droite a été l'objet de coupes verticales et transversales ; et le Dr Paviot a conservé une partie comprenant les circonvolutions rolandiques. Tout le reste du cerveau, avec le bulbe, le cervelet et la moelle ont été mis dans une solution de formol et transportés, avec la tête, à Paris. Le Dr Madeuf a confié le crâne au Dr Laborde aux fins d'un examen anthropologique, à compléter par un examen de l'oreille, siège du traumatisme par arme à feu.

Le système nerveux m'a été attribué par le Dr Madeuf, que je remercie bien vivement. Fidèle à ma méthode de travail, appliquée dans mon enquête médico-psychologique sur les hommes supérieurs, j'ai réparti la besogne entre divers collègues spécialistes, de manière que chacun fasse la besogne où il a le plus de compétence et que toutes les observations se contrôlent les unes les autres. Cette méthode a encore l'avantage de mettre en garde contre des opinions trop subjectives ; elle était rendue nécessaire par le caractère de cette affaire où je soutenais une opinion opposée à celle des médecins-experts. J'ai donc confié l'examen morphologique du cerveau au Dr Laborde, directeur du laboratoire d'anthropologie, qui a remis la pièce au professeur Manouvrier. L'examen histologique sera poursuivi, parallèlement aux recherches faites dans mon laboratoire, par mes confrères MM. Klippel, médecin des hôpitaux, Philippe, chef de laboratoire de la clinique des maladies du système nerveux, à la Salpêtrière, Rabaud, chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, et Lombroso, qui en avait fait la demande.

Lorsque tous ces examens seront faits, il y aura lieu de les réunir dans une étude d'ensemble. Quelle conclusion en pourra-t-on déduire ? Je l'ignore encore.

Il faut donc attendre le résultat de ces multiples recherches pour savoir s'il existe d'autres preuves de l'aliénation mentale

de Vacher que les preuves cliniques. Mais il faut aussi bien accepter que si ces dernières peuvent être confirmées, elles ne peuvent nullement être diminuées par l'examen anatomique en cours. Tous les jours des aliénés meurent dans les asiles après avoir parcouru les étapes d'une maladie mentale tout aussi et même mieux caractérisée que celle de Vacher, et cependant les résultats de l'étude micrographique sont négatifs ou sans signification. On ne peut donc pas appliquer à Vacher, considéré comme aliéné, d'autres lois que celles qui régissent les autres aliénés. Sur ce point mon opinion restera ce qu'elle a été après la lecture du rapport des distingués experts de Lyon : Vacher entrait dans la catégorie de ceux que les aliénistes considèrent comme des malades et enferment, après leurs crimes, dans des asiles. S'il a été condamné, c'est parce qu'il avait commis des forfaits nombreux et que l'horreur inspiré par ces meurtres a masqué aux yeux des experts leur caractère morbide.

Ed. Toulouse.

ASSISTANCE

LA STATISTIQUE DES ALIÉNÉS DU CANTON DE ZURICH,

Par le Dr Paul Sérieux,
Médecin de l'Asile de Ville-Evrard.

Les sciences d'observation, dit Esquirol, ne peuvent se perfectionner que par la statistique. Après avoir montré » les résultats précieux pour la connaissance de la folie et de ses causes » qu'aurait la comparaison de tableaux statistiques construits avec conscience, le médecin de Charenton ajoute : « J'aime la statistique en médecine, parce que je crois à son utilité ; aussi, depuis 30 ans, m'en suis-je aidé dans mes travaux sur les maladies mentales. »

Il ne semble pas que, de nos jours, les aliénistes accordent en général aux recherches de ce genre autant de confiance qu'Esquirol. Aux yeux des uns, la statistique ne fournit que des résultats incertains, sujets à caution, pour ne pas dire inutilisables ; pour les autres, ces études ne présentent qu'un intérêt médiocre et ne méritent pas de retenir l'attention d'un esprit scientifique. Quoi qu'il en soit, on ne paraît pas avoir tiré tout le parti possible des documents que la statistique pourrait fournir à la psy-

chiatrie. Le discrédit de ces études, le scepticisme avec lequel en sont accueillis les résultats, peuvent trouver leur explication dans la légèreté avec laquelle, le plus souvent, on dresse des tableaux statistiques.

Aussi, n'est-ce pas la statistique qu'il faut incriminer, mais bien la façon dont on la fait. Est-il besoin d'insister pour montrer que, seule, cette science peut résoudre un grand nombre des problèmes de la médecine mentale ou de l'assistance des aliénés (1). Quel intérêt n'y aurait-il pas, au double point de vue médical et démographique, à posséder des renseignements — sinon absolument exacts et précis — au moins consciencieusement recueillis, sur la fréquence des maladies mentales, sur leurs formes variées, sur leurs causes, leur durée, leur évolution, ainsi que sur l'état-civil des aliénés, sur leur âge, leur race, leur profession, leur situation de fortune, leur morbidité, leur mortalité ? Les modes différents d'assistance appliqués aux aliénés proprement dits, aux idiots, aux épileptiques et aux buveurs, la proportion de ces diverses catégories d'aliénés, sont autant de données également *intéressantes* à connaître d'une façon précise. N'est-il pas permis de dire que des tableaux statistiques de ce genre peuvent, malgré l'aridité apparente des chiffres, être fort suggestifs, pour qui sait les interpréter : ces documents présentent, en effet, en raccourci, l'image de toute une société ; ils en reflètent le degré de civilisation ; ils fournissent, par leur comparaison soit avec des statistiques antérieures, soit avec des statistiques étrangères, des renseignements de la plus haute importance sous le rapport, aussi bien de la pathologie mentale, que de la science sociale.

Les considérations qui précèdent nous ont déterminé à attirer l'attention sur un certain nombre de travaux statistiques concernant les aliénés, travaux dont le plus important est celui fourni, il y a quelques années, par le Bureau de statistique du canton de Zurich. Avant d'en exposer les résultats, nous rappellerons très brièvement les recherches analogues dont ce dernier travail avait été précédé en Suisse. Nous résumerons ces recherches d'après un mémoire de M. Ladame.

En 1827, la proportion des aliénés *assistés* du canton de Genève (aliénés proprement dits, idiots, épileptiques) était de 1

(1) Je suis heureux de constater que mon collègue et ami Sérieux exprime ici sur l'importance des statistiques les mêmes idées que j'ai exposées dans mon Bulletin d'octobre 1893. Il prendra donc la part des critiques que m'adresse à ce sujet M. Ritti dans sa dernière chronique des *Annales médico-psychologiques*. Evidemment nous ne comprenons pas la statistique de la même manière que M. Ritti.

pour 251 habitants, d'après les *Notes statistiques* du Conseil d'Etat. Le Dr de la Rive publiait, en 1830, un mémoire intitulé : *Statistique des affections mentales*. En 1838, le Dr Coindet, médecin de l'asile de Genève, présentait un rapport portant sur la période 1834-1837 : la proportion des aliénés *internés* était de 1 pour 528 habitants (1). De 1839 à 1851, dix cantons firent exécuter le recensement de leurs aliénés : dans celui de Zurich (1851), le chiffre de ces sujets, internés et non internés, fut de 1252, soit un aliéné pour 192 sujets normaux. En 1852, le Dr Binswanger fit, à la Société helvétique des sciences naturelles, un rapport sur la statistique des maladies mentales en Suisse. En 1871, soixante médecins pratiquèrent, sous la direction du Dr Fetcherin, le recensement des aliénés. Cette statistique, dit M. Ladame, fut longtemps une des meilleures qui existât. Peu de temps après, le Professeur Wille (de Bâle), dans un important travail sur l'introduction d'une statistique uniforme dans les asiles suisses, montrait l'utilité de cette enquête : 1° dans l'intérêt administratif des asiles; — 2° dans l'intérêt scientifique des connaissances psychiatriques ; — 3° dans l'intérêt de la société et de la population.

Plus tard, en 1875, le Prof. Hitzig (de Zurich) insistait sur le rôle important dévolu à la statistique dans l'étude des maladies mentales. En 1881, le Prof. Forel (de Zurich) réclamait le recensement des aliénés du canton de Zurich, et faisait ressortir les renseignements précieux qu'une statistique de ce genre avait fournis en Angleterre et en Ecosse.

C'est seulement le 1er décembre 1888 que le canton de Zurich fit procéder au recensement simultané de la population et des aliénés (2). Nous résumerons les résultats de ce travail qui ont été publiés par le Bureau statistique cantonal en 1890 (*Die Ergebnisse der Irrenzählung*, vom 14 Dez. 1888).

La population totale du canton était, à cette date, de 339.056 habitants. Le recensement des sujets, dits « aliénés », a été fait par le Bureau statistique du canton, secondé par des médecins compétents placés sous la direction du Dr Forel. Ce dénombrement a porté à la fois sur les individus internés dans les asiles publics ou privés, et sur les aliénés traités soit dans leur famille,

(1) En 1835, il n'y avait en France qu'un aliéné interné pour 3164 habitants. En 1882, la proportion était de 1 pour 1300. En Italie, on obtenait (1883) les chiffres de 1 pour 1476.

(2) Depuis cette époque, le canton des Grisons a fait procéder à un recensement sommaire en 1889. Dans le canton de Genève, M. le Dr Ladame a demandé (1890) qu'avant d'étudier la création d'un nouvel asile, il fût procédé à une enquête statistique sur le nombre des aliénés et la forme clinique de leur maladie mentale.

soit dans une famille étrangère. On a donné au mot « aliéné » sa plus large acception. Sous cette rubrique générale ont été compris, non seulement les sujets atteints de *maladies* mentales proprement dites, mais encore les individus frappés d'un *arrêt de développement intellectuel*, tels que : idiots, imbéciles, crétins. Le nombre de ces « aliénés » de diverses catégories s'élevait, au 1er décembre 1888, à **3261**, ce qui donne la proportion de : UN ALIÉNÉ POUR 103 INDIVIDUS NORMAUX (1).

Cette proportion, très élevée, n'a été atteinte nulle part ailleurs, à notre connaissance. Est-ce à dire que le canton de Zurich possède, proportionnellement à sa population, l'effectif le plus considérable d'aliénés ? Cette proportion élevée n'est-elle pas plutôt le résultat des conditions d'exactitude rigoureuse dans lesquelles a été exécuté le travail de recensement, conditions qu'aucune autre statistique d'aliénés n'a peut-être réalisées jusqu'ici. « L'organisation de ce recensement, dit, en effet, M. le Dr Ladame, pourrait servir de modèle. On conçoit toutes les difficultés d'un travail de ce genre, qui ne peut être confié qu'à des personnes astreintes au secret médical et possédant les connaissances nécessaires pour classer exactement les cas de maladie mentale. Ce qui a assuré la bonne réussite de la statistique zuricoise, c'est qu'on a procédé à un double recensement. » Un premier travail provisoire a été fait par les agents du recensement fédéral ; en second lieu intervinrent les autorités communales ; enfin, les médecins furent appelés à examiner la nature et la forme de la maladie, ainsi que le mode du traitement.

I. Les *agents du service de recensement* avaient à recueillir les renseignements suivants :

1° Nom ;
2° Sexe ;
3° Lieu de naissance ;
4° Domicile de secours ;
5° Résidence habituelle des malades non soignés dans leur propre famille ;
6° Age du malade ;
7° Profession antérieure à la maladie, ou métier exercé actuellement par l'aliéné ;

(1) En 1851, dans le même canton, le recensement avait donné le chiffre de 1252 aliénés, soit 1 aliéné pour 192 sujets normaux.

Un recensement analogue fait en Norwège, en 1875, a donné la proportion de un aliéné — interné ou non — pour 321 habitants.

En France (1872), le recensement des aliénés, idiots, etc., — internés ou non — avait fourni le résultat suivant: 241.5 aliénés pour 100.000 habitants.

8° Etat-civil ;
9° Confession ;
10° Langue ;
11° Mode d'assistance : *a*) dans la propre famille du malade ; *b*) dans une famille étrangère à titre gratuit ; *c*) dans une famille étrangère moyennant une rétribution ; *d*) dans un établissement privé ayant plus de deux malades ; *e*) dans un asile public ; *f*) dans un établissement d'indigents.

II. Les *autorités municipales* devaient fournir des renseignements sur les ressources de l'aliéné :
12° Malade ayant une certaine fortune ;
13° Malade sans fortune ;
14° Indigent entretenu aux frais de l'assistance publique.

III. Enfin les *médecins de district* avaient à compléter les fiches de recensement, en répondant à un *questionnaire* ainsi rédigé :
15° *Nature de la maladie.*
a) *Troubles psychiques remontant à la naissance* (Maladies mentales congénitales) :

1° Faiblesse d'esprit ;
2° Idiotie ou crétinisme.
b) *Troubles psychiques survenus dans le cours de la vie* (maladies mentales acquises) :
1° Psychose curable ;
2° Psychose incurable ou démence ;
3° Maladie mentale avec paralysie ;
4° Psychose alcoolique ;
5° Psychose ou démence épileptique ;
6° Durée de la maladie.

16° *Observations particulières.* — S'agit-il d'un aliéné criminel, dangereux, agité, malpropre, etc. ?
Une notice explicative spécifiait les maladies mentales qui devaient être groupées sous les rubriques générales ci-dessus énumérées :
Psychoses curables : manie, mélancolie, confusion, psychoses aiguës.
Psychoses incurables, démences : démence secondaire, délires systématisés, monomanies.
Maladies mentales avec paralysie : paralysie générale, démence sénile, démence organique (lésions en foyer).
Psychoses alcooliques : délire alcoolique, alcoolisme chronique.
Psychoses épileptiques : délire épileptique, démence épileptique.

Ce qui a surtout contribué à augmenter la proportion des aliénés, c'est le recensement, très complet, des idiots, crétins et faibles d'esprit: *le nombre de ces sujets s'élève, en effet, à près de la moitié du chiffre total des aliénés* (exactement 49 p. 100.)

Sexe. Le nombre des femmes (1719) dépasse légèrement celui des hommes (1542). La proportion suivant les *sexes* est la suivante :

Hommes = 47,3 p. 100. — Femmes = 52.7 p. 100.

Etat civil. — Notons 2586 célibataires, c'est-à-dire 79.3 % du chiffre total des aliénés. Les proportions pour les sujets non célibataires sont les suivantes :

Mariés	10.5 pour cent.
Veufs.....	6.4 —
Divorcés.....	3.8 —

Situation de fortune.— Les aliénes recensés peuvent être ainsi répartis : un tiers environ (30.8 p. 100) appartient à la classe aisée. Les deux autres tiers (69.2 %) sont composés de sujets appartenant aux classes pauvres, mais 1157 seulement (soit 35,4 p. cent du chiffre total) sont à la charge de l'assistance publique.

Malades dans la classe aisée...	30.8 p. cent.
» sans fortune	33.8 —
» assistés.....	35.4 —

Origine : Les 3261 aliénés du Canton se répartissent ainsi : 2879 sont citoyens zuricois ; 305 appartiennent à d'autres cantons de la Confédération ; 77 sont étrangers. On obtient ainsi les proportions suivantes :

Zuricois.....	88.3 p. cent.
Suisses d'autres cantons.....	9.3 —
Etrangers.....	2.4 —

Confession religieuse. — Les aliénés se groupent ainsi :

Religion réformée.....	3104
Catholiques.....	117
Israélites	11
Divers	29

Les proportions sont les suivantes pour 100 aliénés :

Protestants	Catholiques	Israélites	Divers
95.2	3.6	0.3	0.9

Notons les différences considérables qu'on relève dans la proportion des aliénés suivant la confession religieuse :

1 aliéné sur 98 protestants ;
1 — 340 catholiques ;
1 — 192 israélites ;
1 — 86 sujets appartenant à d'autres confessions.

Profession.—Au point de vue du métier exercé antérieurement à la maladie, ces aliénés se répartissent ainsi :

Travaux agricoles.....	14.2	p. cent.
Industrie.....	21.4	—
Commerce.....	3.2	—
Professions libérales.....	2.5	—
Travaux de ménage.....	6.7	—
Sans Profession.....	48.3	—
Etc.		

Aptitude au travail. — Le nombre des sujets notés comme incapables de s'occuper a été de 3319, soit 71,1 p. cent ; 942 malades (soit 28.9 p. cent) ont été portés comme capables de travailler. Plus de la moitié (52.2 p. cent) des aliénés travailleurs sont employés aux travaux agricoles ; 21.3 p. cent à des travaux industriels et 22.8 aux travaux du ménage.

Modes d'assistance.— 1350 sujets, soit 41.4 p. cent, sont soignés dans leur propre famille ; — 1008 malades, *un tiers environ (31.1 p. cent) sont internés dans les asiles publics*; un dixième (11.8 p. cent.) est placé moyennant une rétribution dans des familles étrangères ;— 370, soit environ un dixième (11.3 p. cent), sont internés dans *quinze établissements privés* dont quelques-uns ne reçoivent d'ailleurs des aliénés qu'à titre exceptionnel (1). Enfin, 2,4 p. cent sont placés dans des orphelinats ou des dépôts d'indigents et 2 p. cent sont recueillis gratuitement dans *des familles étrangères*.

Réactions des aliénés.— Le tableau suivant fournit des indications sur les chiffres proportionnels des aliénés, suivant leur *état habituel d'agitation* ou de *calme*, leur *tendance* au *suicide*, à l'*homicide*, leur *aptitude au travail*, etc.

223	malades,	soit	9.7 %	dangereux et violents.
65	»	»	2.8 %	destructeurs.
33	»	»	1.4 %	accès périodiques de méchanceté.
232	»	»	10.1 %	agités et turbulents.

(1) De ces quinze établissements privés, il en est *huit* seulement dont la population atteigne ou dépasse 19 pensionnaires. Ce sont : un établissement pour jeunes filles arriérées (19 pensionnaires), un établissement pour garçons arriérés (40), un établissement pour épileptiques (52) et 5 maisons de santé possédant 27, 23, 26, 39 et 34 pensionnaires.

713	malades,	soit	31.2 %	tranquilles.
265	»	»	11.6 %	bons travailleurs.
311	»	»	13.6 %	travailleurs intermittents.
242	»	»	10.6 %	malpropres.
74	»	»	3.2 %	muets ou sourds-muets.
74	»	»	3.2 %	tendances au suicide.
56	»	»	2.5 %	délinquants ou criminels.
2	»	»	0.1 %	refus de nourriture.

Etat mental des aliénés de toutes catégories. — Les 3261 aliénés zuricois ont été classés ainsi qu'il suit au point de vue de leur état mental.

I. *Arrêts de développement intellectuel*..	1595 soit 48.9 %
A. Faiblesse d'esprit.....	1049
B. Idiotie ou crétinisme.....	536

Soit sur cent aliénés de *toutes* catégories, près de cinquante atteints de maladies mentales congénitales ; et, sur cent sujets frappés d'arrêt de développement intellectuel : 66,4 faibles d'esprit et 33.6 idiots ou crétins.

II. *Maladies mentales acquises* : 1651, soit 50,6 %.

Psychoses curables : 196 cas, soit 11.9 p. cent cas de maladies mentales acquises.

Psychoses incurables : 1062 cas, soit 64.3 p. cent.

Maladies mentales avec paralysie : 126 cas, soit 7,6 p. cent.

Alcoolisme : 67 cas, soit 4,1 p. cent.

Aliénation mentale avec épilepsie : 200 cas, soit 12.1 p. cent.

Délires multiples chez le même aliéné : 15 cas, soit 0.5 p. cent.

Dans le tableau qui précède, si l'on n'envisage que la catégorie des maladies mentales *acquises*, la proportion des psychoses curables est de 11.9 p. cent ; celle des psychoses incurables de 64.3 p. cent.

Sur cent aliénés recensés de *toutes catégories*, on trouve la proportion suivante pour chaque groupe :

Faibles d'esprit.....	32.4
Idiots ou crétins.....	16.5
Psychoses curables.....	6.0
Psychoses incurables.....	32.6
Maladies mentales avec paralysie.....	3.9
» » » épilepsie.....	6.1
Alcoolisme.....	2.0
Délires multiples.....	0.5
	100.0

Age. Le tableau suivant groupe les aliénés proportionnellement suivant leur âge :

Jusqu'à 7 ans.....	2.4	p. cent.
De 7 à 15 »	9.6	—
» 15 à 20 »	6.6	—
» 20 à 30 »	16.5	—
» 30 à 40 »	16.5	—
» 40 à 50 »	18.8	—
» 50 à 60 »	16.6	—
» 60 à 70 »	10.1	—
» 70 à 80 »	2.5	—
Au delà de 80 »	0.4	—
	100.0	

État mental des aliénés non traités dans leur famille. — Les proportions pour cent des diverses catégories d'aliénés internés étaient les suivantes pour les malades traités dans les deux asiles cantonaux, dans les asiles privés et dans une famille étrangère :

	Burgholzli	Rheinau.	Asiles privés.	Malades traités dans une famille étrangère.
Faiblesse d'esprit.....	1.7	7.1	25.7	60.2
Idiotie, crétinisme.....	0.6	18.2	6.2	15.1
Psychoses curables.....	15.4	0.0	10.5	4.0
Psychoses incurables.....	59.5	63.5	36.2	13.8
Aliénation avec paralysie...	15.9	1.7	1.4	1.3
Alcoolisme.....	3.6	1.4	1.9	2.7
Aliénation avec épilepsie...	3.3	8.1	17.8	2.5
Délires multiples.....	0.0	0.0	0.3	0.4
	100.0	100.0	100.0	100.0

Laissons de côté maintenant les aliénés pris en totalité, assistés ou non, internés ou non, pour n'envisager que ceux placés dans les deux asiles publics du canton et plus spécialement dans l'asile de traitement de Burghölzli.

Le nombre des *aliénés internés* dans les deux asiles publics cantonaux était de 1008, soit environ *un tiers du chiffre total.*

L'asile de Burghölzli (près Zurich), ouvert le 1er juillet 1870, plus spécialement réservé aux malades aigus, possédait, le 1er déc. 1888, une population de 358 aliénés (H. : 176; F. : 182).

L'asile de Rheinau, fondé en 1867, réservé aux chroniques, comptait 650 aliénés (H. : 301; F. : 349).

Dans le tableau précédent ont été classés les malades des deux asiles suivant la nature de leur affection. Nous n'y reviendrons que pour signaler la proportion des sujets curables à l'asile de traitement de Burghölzli : 15,9 p. cent.

Durée de la maladie.— L'époque à laquelle remontait le début de la maladie au moment du recensement a été notée dans les tableaux suivants pour les aliénés des deux asiles cantonaux :

Début de la maladie.	Asile de Burghölzli.	Asile de Rheinau.
3 mois avant	12	0
De 3 à 6 mois	12	0
» 6 à 12 »	23	2
» 1 à 2 ans	38	9
» 2 à 6 »	78	31
» 5 à 10 »	74	108
» 10 à 20 »	81	176
» 20 à 30 »	9	121
Plus de 30 ans	9	203
Sans renseignements	22	0
	358	650

Dans ses rapports annuels (1888 et années antérieures), le Prof. Forel, Directeur de l'asile de Burghölzli, signale la *prédominance de la paralysie générale et de l'alcoolisme dans le sexe masculin*, et celle des psychoses simples dans le sexe féminin. La proportion des admissions d'aliénés dues *uniquement* à l'abus de l'alcool (ou de la morphine) a été de *27 p. cent* dans les dernières années. On n'a pas tenu compte, dans ce relevé, des cas où l'alcool n'a agi que comme cause adjuvante).

Au point de vue de l'*état d'agitation*, les malades traités à Burghölzli pouvaient être ainsi répartis.

Agités	165
Tranquilles	193

Il est intéressant de connaître quel a été, durant l'année 1888, le *nombre des admissions* à l'asile cantonal de Burghölzli, qui dessert une population de 339,056 habitants. (L'asile de Rheinau, rappelons-le, est affecté aux sujets atteints de psychoses chroniques évacués par l'asile de traitement.)

L'asile de Burghölzli, auquel est annexé un pensionnat, a admis, en 1888, 236 malades (140 hommes — 96 femmes) dont 124 atteints

de psychoses curables et 112 de psychoses incurables. Les diagnostics (Dr Forel) sont les suivants :

I. *Psychoses congénitales.*

Idiotie	1 (H.)
Faiblesse d'esprit	3 (H.: 2; F.: 1)

II. *Psychoses idiopathiques.*

Délire aigu	1 (F.)
Manie suraiguë	3 (H. : 1 ; F. : 2)
Manie	13 (H. : 5 ; F. : 8)
Manie avec débilité mentale	1 (H.)
Etats mélancoliques	34 (H.: 11 ; F.; 23)
Mélancolie avec débilité mentale	3 (H. : 1 ; F. : 2)
Délire hallucinatoire (*Acuter Wahnsinn*)	20 (H. : 7 ; F. : 13)
Katatonie	3 (H. : 1 ; F. : 2)
Confusion mentale (*Acute Verwirtheit*)	1 (F.)
Obsession	1 (F.)
Délires systématisés (*Verrücktheit*)	36 (H.: 18 ; F.: 18)
Démence secondaire	3 (H.: 2 ; F.: 1)
Persécutés-persécuteurs	1 (H.)
Originäre Verrücktheit	1 (F.)
Folie morale	3 (H.)
Psychopathie constitutionnelle	2 (H.: 1 ; F.: 1)
Délire hypocondriaque	2 (H.)
Folie hystérique	6 (H.: 2 ; F.: 4)
Hystérie et inversion sexuelle	1 (H.)
Somnambulisme hystérique	1 (F.)

III. *Psychoses paralytiques, séniles et organiques.*

Paralysie générale	36 (H.: 31 ; F.: 5)
Démence sénile	14 (H.: 10 ; F.: 4)
Démence alcoolique	3 (H.: 2 ; F.: 1)
Démence organique	1 (H.)
Tumeur cérébrale	1 (H.)

IV. *Psychoses épileptiques.*

Délire épileptique	1 (H.)
Folie épileptique chronique	6 (H.: 4 ; F. : 2)

V. *Psychoses toxiques.*

Morphinisme	3 (H.)
Délire alcoolique aigu	14 (H.)
Ivresse pathologique	2 (H.)
Mélancolie alcoolique	3 (H. : 2 ; F. : 1)
Délire hallucinatoire alcoolique	2 (H. : 1 ; F. : 1)

Alcoolisme chronique..... ..... 7 (H. : 4 ; F. : 2)
Alcoolisme chronique avec dégénérescence mentale..... 2 (H)
Dipsomanie..... 2 (H. : 1 ; F. : 1)

Complétons ces renseignements sur la statistique des aliénés en Suisse en reproduisant, d'après M. le Dr Ladame, la *classification* introduite par M. le Dr Guillaume au Bureau fédéral de statistique (1892) et adoptée récemment par la Société suisse des aliénistes :

I. *Psychoses congénitales* (débilité mentale, imbécillité, idiotie, crétinisme).

II. *Psychoses constitutionnelles* inhérentes à la constitution cérébrale primitive de l'individu (folie morale, raisonnante, impulsive, etc., psychoses périodiques, circulaires, etc.).

III. *Psychoses simples* (manie, mélancolie, délires systématisés).

IV. *Psychoses organiques* (paralysie générale, démence sénile, maladies organiques du cerveau).

V. *Psychoses épileptiques.*

VI. *Psychoses toxiques* (alcoolisme, morphinisme).

Les malades des asiles des cantons de Genève et de Zurich se répartissaient ainsi, en 1891, d'après la classification précédente:

	Vernaies.	Burgholzli.
Psychoses congénitales.....	14.5	1.7
» constitutionnelles.....	70.0	67.5
» simples.....		
» organiques.....	2.8	18.0
» épileptiques.....	2.8	3.5
» toxiques.....	0.0	8.5
Non aliéné.....	0.9	0.5
	100.0	100.0

Enfin, pour donner une idée d'ensemble de l'*assistance des aliénés* en Suisse, nous résumerons d'après M. Laehr, les renseignements statistiques les plus intéressants à la date du 1er janvier 1890.

Le nombre des *asiles publics* cantonaux d'aliénés était de 16 pour 23 cantons, avec une population totale de 4503 aliénés: le nombre des médecins s'élevait à 38. Les *asiles privés* étaient

au nombre de 12, dont 6 pour idiots et épileptiques, avec 512 pensionnaires et 16 médecins, soit au total 28 établissements d'aliénés avec 5015 malades et 54 médecins pour une population de 2.920.430 habitants (Recensement du 1er décembre 1888). On obtient, pour l'ensemble de la Confédération helvétique, les proportions de 171 aliénés *internés* pour 100.000 habitants, et de 1 médecin pour 98 malades. Si on examine chaque canton individuellement, on constate que les chiffres indiquant le nombre des aliénés pour 10.000 habitants varient entre 48 (*Grisons*) et 370 (*Zurich*). Le nombre proportionnel des aliénés *internés* a presque doublé de 1864 à 1890.

Une *Clinique de psychiatrie* a été créée dans chaque Université suisse : Berne (1861) ; Zurich (1869), Bâle (1876) ; Genève (1876) ; Lausanne (1888). Les étudiants sont soumis à un examen portant sur les maladies mentales.

Huit cantons possédaient en 1890, des *Sociétés de patronage* pour les aliénés guéris.

Les résultats de la statistique des aliénés du Canton de Zurich que nous venons d'exposer sommairement, résultats utilisables en raison des garanties d'exactitude qu'ils présentent, font vivement regretter que nous ne possédions pas en France de statistique des aliénés qui puisse être comparée à celle de Zurich. Il est à souhaiter qu'au prochain dénombrement de la population, il soit procédé simultanément, du moins dans certains départements, au recensement minutieux des aliénés, imbéciles, épileptiques, idiots, crétins — internés ou non. Ce recensement, pour avoir de la valeur, devrait être fait par des médecins compétents. Il serait bon que, dès maintenant, le Conseil supérieur de l'assistance publique se préoccupât d'élaborer une classification uniforme pour tous les départements. Les Conseils généraux, aussi bien que l'administration centrale, les médecins aliénistes comme les démographes, ont le plus grand intérêt à posséder des statistiques comparables entre elles, scrupuleusement dressées. Faute de ces précieux documents, l'étude des diverses questions que soulève l'assistance des aliénés, ainsi que celle des causes des maladies mentales, manqueront d'une base solide.

BIBLIOGRAPHIE.

Rechenschaftsbericht über die Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für das Jahr 1888. Zurich, Ulrich, 1889.

Statistische Mittheilungen betreffend den Kanton Zurich. Zweiter Heft : Die Ergebnisse der Irrenzaehlung vom 1 *Dez.* 1888. Zurich, Orell Füssli, 1890.

P. Ladame. — *Statistique des aliénés spécialement à Genève et en Suisse*. Extrait du Journal de statistique suisse, 29me année, Berne 1893.

P. Ladame. — *Le nouvel asile des aliénés à Genève*, etc. Genève, Georg, 1895.

H. Laehr. — *Die Heil und Pflegeanstalten für Psychischkranke des deutschen sprachgebietes im J. 1890*. Berlin, Reimer, 1891.

REVUE PROFESSIONNELLE

DIRECTION ET PERSONNEL MÉDICAL DES ASILES D'ALIÉNÉS,

par Edouard Toulouse
médecin de l'asile de Villejuif

Nous croyons être agréable à nos lecteurs en reproduisant cet article qui présente un intérêt professionnel et qui a paru dans le dernier numéro de la Revue philantropique.

Une Commission (1) de la Chambre des députés s'occupe actuellement d'établir un nouveau projet de loi sur l'assistance et la protection des aliénés. Le moment est opportun pour étudier ici une des questions les plus importantes que soulève l'organisation des asiles : la direction et le personnel médical de ces établissements.

Une loi ne vaut en effet que par ceux qui sont chargés d'en assurer l'exécution. Cela est encore plus vrai d'une loi sur les aliénés, à cause des restrictions que, dans un but de sécurité publique, elle apporte à la liberté individuelle. Les médecins des asiles d'aliénés qui exercent quotidiennement, sous le contrôle de l'autorité judiciaire, la délicate expertise des citoyens suspects d'aliénation, doivent tous avoir donné des preuves de leur compétence et être, autant que des juges, indépendants du gouvernement. Voilà les principes qui doivent guider le législateur dans l'organisation du personnel.

Une bonne organisation est liée à la solution de deux problèmes : la délimitation des fonctions du personnel médical et administratif et leur recrutement.

En premier lieu, il faut examiner s'il convient de réunir les fonctions de directeur et de médecin en chef dans les mêmes mains. Les arguments qu'on peut faire valoir en faveur de cette mesure sont :

(1) Cette commission est présidée par M. Jean Cruppi et a comme rapporteur M. le Dr Dubief.

1° L'économie d'un fonctionnaire que la réunion réalise ;

2° L'unité de direction qui permet de faire converger tous les efforts vers une bonne assistance des malades et empêche les gaspillages ; car le directeur, étant en même temps médecin, peut exercer un contrôle rigoureux sur toutes les dépenses.

L'économie d'un fonctionnaire est certaine, mais elle doit compter pour peu de chose dans une question d'assistance et de traitement d'aliénés. D'autre part, le médecin étant aussi administrateur tend à perdre de vue l'intérêt médical des malades pour l'intérêt économique de l'asile. Étant absorbé par la besogne administrative, il en arrive à faire de moins en moins de médecine, et le souci de réaliser des économies le guide parfois, au détriment même du bien-être des malades. L'expérience est vieille sur ce point, et c'est un fait que personne ne peut plus contester : l'administrateur tue le médecin. On objecterait vainement que l'aide d'un ou de plusieurs secrétaires, qu'il a d'ailleurs déjà, lui permettrait de faire une bonne besogne. Tant qu'il sera responsable, il apportera la plus grande partie de son temps à une gestion économique de l'établissement. Il a deux tâches dont une seule suffit à occuper un homme actif et bien doué. Entre les deux, il sacrifie naturellement celle qui n'est pas contrôlable, celle de médecin. Ses malades, — qu'il ait tout l'asile ou une seule section — étant moins bien soignés guérissent moins vite; les connaissant peu, il les met plus rarement en liberté. Il en résulte la perte des bénéfices réalisés par la réunion des fonctions. Ce système présente donc les inconvénients les plus graves. Le seul avantage, encore plus apparent que réel, est en définitive l'économie d'un fonctionnaire. On verra plus loin qu'il est possible de réaliser cette économie en remplaçant le directeur et l'économe par un simple agent comptable d'un rang et d'un traitement moins élevés que ceux du directeur actuel, lequel agent serait assisté par un simple dépensier.

L'argument développé plus haut contre la réunion des fonctions de directeur et de médecin est tout à fait général. Il est bon d'examiner maintenant les inconvénients en rapport avec les diverses catégories d'asiles établies d'après le nombre des services médicaux ; et tout d'abord, il paraît nécessaire d'admettre la fixation d'un maximum de malades confiés à un seul médecin. Il existe en cela de véritables abus ; et l'on peut citer des établissements d'une population de 1.200 aliénés, dont tout le service médical est sous la responsabilité d'un même fonctionnaire, à la fois directeur et médecin en chef. Il paraît légitime d'admettre la proportion d'un médecin traitant par 500 malades. Nous aurons donc ainsi plusieurs classes d'asiles, et d'abord ceux — très rares — où il n'existera qu'un seul médecin. Dans ceux-là la réunion des fonctions peut être continuée sans grands inconvénients. L'organisme est petit et doit par conséquent être rudimentaire.

Dans les asiles à deux services médicaux distincts, il y a en pré-

sence deux médecins qui ont forcément des vues différentes sur l'assistance et le traitement des malades. Si l'un des deux est directeur, il impose à l'autre sa volonté pour le régime des malades, le lever et le coucher, la liberté des visites, l'alimentation, l'abstinence, etc., et même pour l'application de certains traitements et de recherches scientifiques qui entraînent des dépenses et par conséquent le consentement ou tout au moins l'avis favorable du directeur. En résumé, il n'y aura plus qu'une autorité, mais il n'y aura plus aussi qu'une seule initiative. Toutefois, pour satisfaire les partisans de la réunion des fonctions, pour calmer des inquiétudes d'ordre financier des départements, et en tenant compte de ce fait qu'il faut des places de début où les médecins, tout en étant maîtres dans leurs services, ne jouiront pas d'une liberté d'action absolue, on peut encore maintenir, dans ces établissements, la réunion des fonctions.

Restent les asiles possédant trois services médicaux et plus. C'est le cas des établissements placés dans les grands centres universitaires, et notamment à Paris. Ces asiles étant de gros organismes, leur constitution doit être proportionnellement plus complexe. Aucune raison, en dehors d'une idée mauvaise de centralisation à outrance, ne saurait légitimer l'imposition des mêmes règles pour les asiles des petits centres urbains et pour ceux qui, comme Paris ou Lyon, ont de plus grandes ressources et doivent par conséquent avoir de plus grandes charges sociales à remplir. On ne saurait mieux faire que de rapprocher le plus possible ces asiles des hôpitaux : car on doit les considérer comme des *établissements de traitement et d'enseignement*, tandis que les autres peuvent être envisagés comme de simples *asiles d'assistance*. Là, l'initiative de chaque médecin doit être tout à fait libre d'entraves. Dans les hôpitaux, les médecins sont tous égaux et indépendants, aucun n'est directeur. Il existe une exception pour les hôpitaux militaires ; mais le principe de la hiérarchie qui règne dans l'armée et établit un chef pour les médecins des grands asiles doit donc être indépendant et pouvoir exercer librement son initiative. Cela n'existerait pas si l'un des médecins était en même temps directeur. On ne pourrait d'autre part songer à mettre sous l'autorité ou tout au moins le contrôle d'un de leurs confrères, ou peut-être d'un de leurs élèves, des maîtres dont quelques-uns sont professeurs dans les Facultés et membres de l'Académie de médecine. D'autre part, ceux-là ne pourraient accepter les fonctions administratives de directeur.

Mais si chaque médecin doit être tout à fait indépendant dans son service, il est bon que ces volontés et ces initiatives qui peuvent se heurter soient réunies dans une activité utile à tous. Il est en effet des services généraux réellement communs, la cuisine, les divers ateliers, etc. C'est pour cela que les médecins doivent constituer une commission où les questions d'ordre général sont discutées et acceptées, imposées même par la majorité. De cette

façon une volonté n'opprimera pas arbitrairement les autres. Mais disons tout de suite qu'il est désirable que chaque service jouisse de la plus grande autonomie dans ce qu'elle a de compatible avec l'unité ; et s'il régnait une certaine variété dans l'organisation et le régime intérieur de chaque service, dans le lever et le coucher, dans les visites et dans les libertés des malades, il y aurait tout avantage. L'essai des divers moyens d'assistance et de traitement est plutôt à favoriser qu'à empêcher ; on n'en pourra tirer que d'heureux effets au point de vue des études thérapeutiques. Cette commission médicale permettra donc aux médecins de se réunir et de s'entendre. Mais il faut un agent pour exécuter leurs décisions. Cet administrateur ne doit pas être le directeur actuel, tenant de son titre de directeur et du règlement le droit inexplicable de contrôler le médecin et même de ratifier certains actes purement médicaux, pour lesquels il n'est nullement compétent, tels que les congés et les visites des malades, la nomination et le renvoi des gardiens. Pour qu'il n'y ait pas de conflit, il faut qu'une autorité prévale, et tout le monde est d'accord pour que ce soit une autorité médicale. Or comme il serait injuste et plein d'inconvénients de faire prédominer une volonté sur les autres, c'est la volonté collective qui doit être l'autorité supérieure. Enfin, pour bien marquer le rang et le rôle de l'agent d'exécution, il convient tout d'abord de substituer à l'ancien titre de *directeur* celui d'*administrateur* et de lui donner un traitement moins élevé.

Voici comment l'administration de l'asile doit être organisée. Chaque médecin est le chef réel de son service, décidant seul de l'entrée, du maintien, de la sortie, des congés des malades et des visites qui doivent leur être faites et aussi du choix, de l'avancement, des punitions et des renvois des surveillants et gardiens placés sous ses ordres. Étant responsable de son service, il faut qu'il puisse l'organiser à sa convenance. Pour les affaires d'ordre général ou demandant une entente réciproque, les médecins se réunissent périodiquement en *Comité de direction*. Le plus ancien préside la réunion, l'administrateur fait partie du Comité, avec voix délibérative. Lui-même est le chef de tous les services généraux (cuisine, buanderie, ateliers, etc.) ; mais pour toutes les questions intéressant l'assistance ou le traitement des malades, il est tenu de prendre l'avis du Comité. Il a en outre la police générale de l'établissement et il ordonnance les dépenses. De la sorte, la situation de tous est plus nette. Les médecins sont les maîtres chez eux et aucun n'opprime les autres ; les services médicaux, au lieu d'être uniformisés et hiérarchisés dans un esprit d'administration simpliste, forment des organismes indépendants et fédérés. L'administrateur est le chef seulement des services généraux, et, comme les services qu'il dirige doivent servir toutes les sections médicales, il s'inspire des désirs et des besoins de chacun. Mais, d'autre part, il faut une autorité exécutive ; et cet administrateur peut dans les détails du service et dans certains cas

prendre une initiative même en dehors de l'avis des médecins, quitte à en référer au préfet. Car il n'est pas responsable devant les médecins, qui sont et doivent rester des experts techniques ; et c'est pour cela qu'il serait mauvais que l'un d'eux fût investi des attributions du directeur, et même seulement du droit d'ordonnancer, qui le forcerait à se faire juge de toutes les dépenses. L'administrateur est responsable devant le préfet, mais la loi lui fait une obligation de consulter dans toutes les questions intéressant le régime des malades le Comité de direction des médecins, et par là le place dans une subordination morale. Rien n'est plus logique. Mais d'ailleurs cette organisation n'est pas une chose nouvelle. Le Comité de direction des médecins existe en Russie, où malgré le régime autocratique on a compris qu'on ne pouvait pas confier à un seul médecin le pouvoir exorbitant de diriger un asile sans contrôle technique. D'autre part, cet état de responsabilité avec une subordination morale existe en France et précisément dans nos asiles. Les médecins-directeurs sont en effet responsables sous le contrôle de la Commission de surveillance.

Mais ce nouveau fonctionnaire, qu'est-ce, sinon un économe dont les pouvoirs sont plus étendus ? Puisqu'on lui enlève, pour la donner aux médecins, la partie des attributions de contrôle et de surveillance qu'il détenait sans raison dans les services médicaux, et qu'il ne lui reste plus que les services généraux et la police générale, son rôle se confond en grande partie avec celui de l'économe, qui pourrait être remplacé par un simple dépensier. Mais il faut laisser au département une certaine initiative dans les détails d'organisation. C'est à lui qu'il convient de décider si, dans l'état de ses ressources et des besoins de ses établissements, il peut se priver d'un économe. Il doit être libre de demander un plus grand nombre de médecins que le minimum imposé par la loi et d'établir ainsi par contre-coup le régime de la commission médicale, s'il a les moyens et qu'il juge utile de réaliser ce progrès.

La deuxième question, tout aussi importante que la première, est celle du recrutement du personnel. On est d'accord pour reconnaître dans le concours la meilleure garantie de capacité. C'est donc par le concours — et il faut entendre le concours technique — qu'il faut recruter les médecins des asiles. Il n'est pas nécessaire de s'étendre sur cette nécessité, puisqu'on tend à lui subordonner le choix de la plupart des fonctionnaires. Les médecins des asiles, personnalités scientifiques, devraient être les derniers à échapper à cette sélection. Les médecins directeurs pourraient-ils être nommés sans concours technique, sur les simples épreuves d'un concours sur titres ? C'est une question qui a été discutée. On ne peut que la résoudre par la négative. En agissant ainsi, on violerait le principe de la loi, et dans quel but ? On a dit en premier lieu que les médecins-directeurs étant, en même temps que des médecins, des fonctionnaires d'ordre administratif, le

ministre devait pouvoir les choisir pour des qualités extra-médicales. Mais à quoi bon ? L'expérience n'a-t-elle pas démontré que les médecins faisaient d'excellents administrateurs d'asiles d'aliénés ? Le ministre, tenu par les règlements actuels de choisir les médecins-directeurs des asiles parmi les médecins, ne s'est jusque-là jamais trouvé embarrassé. Il peut donc continuer à opérer ce choix, envoyant de préférence dans les asiles, dont les fonctions seraient disjointes, les médecins qui n'auraient aucune aptitude pour l'administration.

On a dit ensuite qu'en agissant ainsi, il devenait possible de nommer, après un concours sur titres, des hommes éminents, n'ayant pas subi les épreuves du concours technique. Mais on pourrait faire valoir cet argument dans le recrutement des autres carrières d'ordre scientifique et, par exemple, dans le recrutement des médecins des hôpitaux. Et, fort heureusement, il n'a jamais prévalu ; car on a toujours estimé qu'il n'existait pas actuellement de meilleures preuves de capacité que les épreuves d'un concours technique. L'élection par les pairs, par exemple l'élection d'un médecin d'un asile de la Seine par les autres médecins, serait encore préférable ; c'est d'ailleurs le mode de recrutement des Facultés et de l'Institut, Mais cette idée n'a pas encore pénétré dans nos mœurs administratives. Et les concours sur titres devant un Jury limité se composant de hauts fonctionnaires et de quelques personnalités médicales officielles ne donneraient aucune garantie sérieuse. Et d'ailleurs quels titres pourraient faire valoir ces candidats ? Des services administratifs, mais alors pourquoi les nommer à un poste médical ? Ces candidats pourraient-ils arguer d'une réelle compétence en aliénation mentale ? Mais où l'auraient-ils puisée, sinon dans les asiles publics — car il n'y a guère d'autre moyen d'apprendre, en dehors des fonctions publiques dans ces établissements, la spécialité si fermée de l'aliénation, que si peu de médecins connaissent. D'autre part, s'ils sont réellement aliénistes, pourquoi ne pas se mesurer avec leurs concurrents naturels ?

Le plus souvent, les médecins nommés de cette manière seraient des pseudo-aliénistes, des médecins légistes, ou — moins encore — des psychistes de littérature, et je ne parle ici que des personnalités sérieuses, dont le plus grand tort serait de ne pas connaître la spécialité qu'ils seraient appelés à exercer. Encore ces personnalités éminentes sont rares ; et il ne faudrait pas violer en leur faveur le principe de la loi, car il y aurait à craindre pire que cela, le choix de personnalités moins recommandables arrivant par leurs relations politiques.

On pourrait objecter que la loi, en donnant au ministre le droit de choisir les médecins-directeurs en dehors du cadre des médecins des asiles, ne lui en ferait pas l'obligation. Mais on sait combien le gouvernement est, dans les périodes électorales, poussé

user jusqu'au bout du droit de nommer des personnalités plus ou moins politiques aux emplois publics.

Examinons toutes les conséquences fâcheuses de cet état de choses. Il existe actuellement 84 places de médecins traitants. Sur ce nombre, les 38 places de médecins en sous-ordre seraient attribuées aux docteurs ayant satisfait au concours technique, et les 46 places de médecins-directeurs seraient données aux docteurs ayant subi le concours sur titres. De sorte que le médecin qui aurait la situation la plus élevée serait justement celui qui aurait passé le concours le plus facile. Quelle autorité ce dernier pourrait-il avoir sur ses subordonnés ? Il faut bien peu connaître le monde médical pour avoir des illusions sur la manière dont ce médecin-directeur serait considéré par ses collaborateurs? Et puis quel illogisme ? L'État imposerait aux asiles privés — ainsi qu'il en est question dans le nouveau projet de la loi — obligation de prendre un médecin ayant passé un concours technique et en dispenserait les médecins directeurs de ces établissements publics.

Une des conséquences de ce retour vers un passé déjà lointain serait de décourager profondément les médecins des asiles, qui seraient souvent des refusés du concours technique nommés d'emblée aux postes de directeurs qu'ils ne pourraient obtenir eux-mêmes. Il s'ensuivrait une difficulté plus grande dans le recrutement et tout au moins l'abaissement du niveau des candidats. On amènerait ainsi une décadence rapide des études psychiatriques si importantes par leurs relations avec le droit pénal et la répression des crimes, alors qu'il faudrait plutôt les encourager.

Mais la conséquence la plus dangereuse de cette organisation serait l'introduction de personnalités politiques dans le service des médecins des asiles. Quelle action n'aurait pas le gouvernement sur ces fonctionnaires médecins nommés quelquefois durant les périodes électorales, et quel danger cela ne ferait-il pas courir à la liberté individuelle ?

Enfin il faut considérer que le traitement des aliénés demande des études approfondies très sérieuses et un long apprentissage. On ne s'improvise pas aliéniste, comme le croient les gens incompétents. C'est la spécialité la plus fermée, la moins connue des médecins en général ; et il y a même là un mal contre lequel on essaye de réagir. On se plaint en effet du danger que fait courir à la liberté individuelle la faculté pour un médecin de la ville — généralement indépendant, mais ignorant — de faire un certificat qui n'est pas un certificat d'internement définitif ; et l'on donnerait à un grand nombre de médecins n'ayant pas prouvé leur capacité spéciale, nommés sans concours technique, nettement fonctionnaires comme directeurs, le soin de décider en derniers arbitres médicaux sur le maintien et la sortie des aliénés.

S'il y a eu des médecins aliénistes peu instruits, il ne faut pas se servir de ces faits comme d'arguments pour demander une plus grande facilité dans le choix des aliénistes. C'est une raison, au

contraire, pour être plus sévère à l'avenir et pour empêcher l'accès des services d'aliénés aux médecins qui n'auront pas prouvé qu'ils connaissent réellement la spécialité qu'ils veulent exercer.

Le concours doit donc être technique et imposé à tous les médecins des asiles, qu'ils soient ou non chargés des fonctions de directeur. Mais comment doit se faire ce concours ? Doit-il être unique pour toute la France ? Non, parce qu'il tend à centraliser les étudiants à Paris où il y a déjà pléthore, tandis que des concours régionaux auraient pour effet de donner une extension de vie aux Universités que le Parlement a créées. D'autre part, les médecins préfèrent en général choisir leur résidence ou tout au moins une région ; et l'unité du corps rend leur recrutement plus difficile. Toutefois, pour les besoins du service, et dans l'intérêt même des médecins qui le demanderont, ces derniers pourront passer d'une région dans une autre.

Ces dispositions générales suffisent à assurer le recrutement du personnel de la plupart des asiles, de ceux que nous avons appelés des asiles d'assistance. N'y a-t-il rien autre à tenter pour faire des établissements situés dans les centres universitaires de véritables asiles de traitement et d'enseignement, où l'on puisse encourager les recherches scientifiques ? Il est une réforme qui donnerait les meilleurs résultats. Le grand obstacle à un recrutement aux postes de médecins des asiles de nombreuses personnalités scientifiques de grande valeur, c'est que les asiles des centres universitaires sont rattachés à tous les autres. Un médecin très instruit et laborieux hésite beaucoup à entrer dans une carrière, qui le force à accepter un stage de début dans n'importe quel lieu d'une vaste région, avant de retourner dans le centre où le poussent ses ambitions. Il préfère le plus souvent concourir pendant dix années et même vainement au concours de médecin des hôpitaux qui ne présente pas le même inconvénient. Mais si le concours des asiles était spécial à chaque département où se trouve une Faculté de médecine, on peut être assuré que les avantages faits aux médecins des asiles appelleraient alors un nombre beaucoup plus élevé de candidats très sérieux. Quels sont les inconvénients à cette mesure ? Tout d'abord posons bien ce principe que les nominations des médecins des asiles situés dans les centres universitaires appartiendraient après concours au ministre, comme celle des médecins des asiles régionaux, comme celles même des hôpitaux de Paris. Que pourrait-on objecter à cette mesure ? Que l'on décapiterait le corps des médecins des asiles ? Il faut d'abord admettre que les droits de tous les médecins à être appelés dans un asile seraient respectés par une disposition transitoire que nous indiquerons plus loin. Pour les nouveaux, ils choisiraient : ou passer un concours plus facile et avoir une carrière honorable de médecin aliéniste des asiles régionaux, ou essayer de forcer la porte du concours des asiles universitaires. Beaucoup concourraient d'abord pour les premiers, afin d'avoir rapidement

une situation et avoir les moyens de s'instruire, et reviendraient ensuite concourir auprès de la Faculté qu'ils auraient choisie. Mais est-ce que cela n'existe pas pour les hôpitaux ? Le concours de Paris est pour les postes de Paris, celui de Lyon pour les postes de Lyon, et ainsi partout. Et si l'on considère toutes les administrations, la même différence existe entre les divers centres. Dans la magistrature, par exemple, on voit que les tribunaux sont divisés en plusieurs classes. Est-ce que la justice ne doit pas être cependant rendue partout aussi bien ? Oui, mais il est nécessaire d'assurer le meilleur personnel dans les emplois les plus difficiles. Dans les grands centres universitaires, les asiles doivent être des milieux de recherches scientifiques autant que des milieux d'assistance et doivent recevoir les aliénistes les plus instruits. Or il n'est pas d'autres moyens pour assurer le recrutement que de faire un concours local.

Voici, en résumé, comment, si j'étais député, je formulerais et résumerais les propositions développées ci-dessus et dont il serait heureux que les membres de la Commission de la Chambre veuillent bien s'inspirer, car elles expriment non point des desiderata personnels, mais ceux de la majorité des médecins aliénistes des grands centres, et sauvegardent à la fois les intérêts publics et les intérêts scientifiques :

« Il y aura dans chaque asile au moins un médecin pour 500 malades, mais le ministre pourra, sur la demande du Conseil général, décider que cette proportion de médecins sera accrue.

Tous les médecins des asiles sont des médecins traitants chefs d'un service.

Dans les asiles où il existe un service médical, les fonctions de directeur sont attribuées au médecin qui porte le titre de médecin-directeur.

Dans les asiles où il existe deux services médicaux, un des deux médecins remplit les fonctions de directeur.

Dans les asiles où il existe trois médecins et plus, les fonctions médicales et administratives sont disjointes. Chaque médecin est chef de son service, et la police intérieure de sa division lui appartient. Il reçoit, maintient et met en congé ou en liberté les malades qui lui sont confiés et autorise les visites des parents et des étrangers. Il a seul l'autorité sur le personnel d'employés, de surveillants, de gardiens placés dans son service. Il correspond directement avec le préfet. Les services généraux et la police générale de l'établissement, à l'exclusion de la police intérieure des services médicaux, sont sous la direction d'un administrateur, qui a l'ordonnancement des dépenses et la responsabilité de leur emploi. Il est placé sous l'autorité du préfet et le contrôle de la Commission de surveillance. Il doit demander, dans toutes les questions intéressant les services médicaux, l'avis des médecins. A cet effet, ces derniers constituent un Comité de direction, qui se réunit sur la convocation et sous la présidence du plus ancien et

donnent leur avis à la majorité. En cas de partage, la voix du président est prépondérante. L'administrateur assiste à toutes les séances, avec voix délibérative. Dans les affaires où il croirait devoir prendre une décision contraire à l'opinion des médecins, il est tenu d'en aviser au préalable ou en cas d'urgence, immédiatement après l'exécution, le préfet qui statue.

Le ministre peut, sur la demande du Conseil général, autoriser la disjonction des fonctions dans les asiles où il n'existe que deux médecins.

Les médecins sont nommés à la suite d'un concours régional, qui a lieu au siège de la Faculté. Ils peuvent être appelés ultérieurement sur leur demande dans un poste d'une autre région.

Les médecins-directeurs sont nommés par le ministre, à la suite d'un concours sur titres et pris parmi les médecins des asiles ayant au moins trois années d'ancienneté.

Dans les centres où siège une Faculté de médecine, le ministre nomme les médecins à la suite d'un concours spécial à chaque centre universitaire.

Les administrateurs des asiles sont nommés par le ministre.

Les médecins et les médecins-directeurs ne peuvent être déplacés par mesure disciplinaire et révoqués par le ministre que sur avis de la Commission de surveillance et du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Dans les asiles situés dans les centres universitaires, les médecins choisissent leurs places à l'ancienneté.

Les médecins-directeurs et les médecins des asiles régionaux élisent un délégué au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Les médecins-directeurs et les médecins des asiles situés dans les centres universitaires élisent un autre délégué.

Dans les départements où il existe trois asiles, et plus, soumis au contrôle d'une même Commission de surveillance, les médecins élisent un délégué à la Commission de surveillance, dont il fait partie avec voix délibérative.

Par mesure transitoire, les docteurs en médecine ayant exercé les fonctions de directeur ou de médecin des asiles pourront être, à la suite d'un concours sur titres, nommés par le ministre aux postes de directeurs-médecins ou de médecins vacants dans les asiles placés dans les centres universitaires, sans que ce genre de nomination puisse s'exercer sur plus d'une vacance ou sur deux. »

(*Revue philanthropique.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 *novembre* 1898.

Paralysie générale précoce.

M. le Président fait part à la Société de la mort d'un de ses membres, le docteur Semelaigne, et se fait l'interprète des regrets de ses collègues.

M. le Secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe du docteur Semelaigne. La séance est suspendue en signe de deuil.

A la reprise de la séance, M. *Vallon* communique une observation de paralysie générale précoce. Il s'agit d'un jeune homme, né en octobre 1872, et décédé dans son service en juin 1895, avant donc d'avoir atteint sa vingt-troisième année. Il n'avait pas encore vingt ans quand la maladie a débuté.

Une lourde hérédité pathologique pesait sur lui. Le grand-père paternel est mort de débilité sénile à 80 ans ; la grand'mère est décédée également à l'âge de 80 ans ; trois mois auparavant, elle avait été frappée d'une attaque d'apoplexie qui avait entraîné une hémiplégie du côté gauche.

Le père a des habitudes d'intempérance, il boit surtout de l'absinthe ; il a affirmé n'avoir jamais eu la syphilis.

Le grand-père du côté maternel a été emporté par « une attaque de paralysie », à un âge avancé ; la grand'mère est morte fort vieille.

La mère et une tante (sœur de la mère) ont été internées toutes deux à l'asile de Villejuif. La mère a été atteinte, à 48 ans, de délire mélancolique ; elle est morte 18 mois après son entrée à l'asile, de pneumonie, après une série d'attaques épileptiformes.

La tante, d'un caractère fantasque, sujette à des crises d'hystérie, a été placée une première fois à l'asile de Ville-Evrard, à l'âge de 30 ans : elle présentait alors des idées de persécution. Douze ans plus tard, elle entra à l'asile de Villejuif pour un accès de délire mélancolique ; sortie améliorée au bout de quelques semaines, elle s'est suicidée peu après en se précipitant par la fenêtre, de la hauteur d'un quatrième étage.

Plusieurs frères et sœurs du malade sont morts en bas âge ; il était l'avant-dernier de la famille ; une sœur de huit ans plus jeune que lui est robuste et bien portante.

Dans ses antécédents personnels on ne relève aucune maladie grave ; jusqu'à l'âge de dix ans, il a été indocile, turbulent, espiègle ; il s'est mis ensuite à travailler sérieusement, il était le premier de sa classe. Entré dans une des écoles supérieures de la ville de Paris, comme boursier communal, il en est sorti avec son brevet supérieur. Il fut alors employé dans une importante maison de commerce où il s'occupait de correspondance et de comptabilité.

Sa conduite était tout à fait régulière, il ne faisait d'excès d'aucune sorte ; il n'a jamais contracté la syphilis.

Vers la fin de 1891 (il n'avait pas encore vingt ans), on constata chez lui un trouble de la parole qui alla en s'accentuant, puis il s'acquitta moins bien de son travail de comptabilité, et finit par perdre la place qu'il occupait depuis cinq ans. Il en conçut un vif chagrin, bien qu'on ait prétexté, pour le renvoyer, la suppression de son emploi. Quelque temps après, il trouva une nouvelle place, mais au bout de deux mois, il dut également la quitter, à cause de son défaut de prononciation.

Son caractère se modifiait, il devenait irritable, se mettait en colère pour des motifs futiles, si bien que son père se décida à le placer à Sainte-Anne en février 1893. M. Magnan, qui l'examina

alors, porta le diagnostic de paralysie générale. Le 19 novembre 1894, il entra à l'asile de Villejuif dans le service de M. Vallon. Il présentait alors de l'affaiblissement intellectuel avec embarras considérable de la parole, tremblement des muscles de la face et inégalité pupillaire : il n'existait pas, à proprement parler, d'idées délirantes, et celles-ci ne se manifestèrent, à aucun moment, au cours de l'affection. Au bout de sept mois la mort survint, à la suite d'attaques épileptiformes.

M. Vallon fait remarquer que chez ce jeune malade, la paralysie générale a revêtu la forme démentielle, ce qui est la règle dans la paralysie générale précoce, et que la marche de la maladie a été régulièrement progressive, sans rémission marquée. L'absence de rémission tiendrait, non pas comme l'a prétendu le docteur Thiry dans sa thèse, à ce fait qu'il s'agit d'une paralysie générale juvénile, mais bien à la forme qu'a revêtu la maladie : la paralysie générale à forme démentielle avec prédominance des signes physiques, qu'elle évolue chez l'adulte ou chez l'enfant, paraît ne jamais présenter de temps d'arrêt marqué.

En terminant, il appelle tout particulièrement l'attention sur la lourde hérédité vésanique que présentait le malade. On a voulu faire de la paralysie générale, au point de vue de l'hérédité, une maladie tout à fait spéciale ; on a dit que chez les ascendants des paralytiques on ne rencontrait pas les vésanies, mais les maladies congestives, et que cette affection n'offrait pas de danger au point de vue de l'hérédité. Ce sont là pour lui des assertions contre lesquelles il ne saurait trop s'élever. L'expérience lui a appris qu'on trouve communément chez les ascendants et les descendants des paralytiques généraux toutes les maladies du système nerveux, sans en excepter les diverses psychoses : la paralysie générale est en rapport étroit avec toutes les autres maladies du système nerveux.

M. Ballet déclare qu'il ne saurait partager les craintes exprimées par M. Vallon au sujet de la descendance des paralytiques généraux. Il pense que les enfants de cette catégorie de malades peuvent très bien demeurer indemmes de tares nerveuses, surtout s'ils ont été engendrés à une époque antérieure à l'éclosion des premiers symptômes de la paralysie générale. Cette conviction est chez lui très ferme parce qu'elle est basée sur l'expérience et c'est elle qui, toujours, lui a dicté des réponses quand, dans la pratique, il était consulté sur le danger que pouvait présenter pour l'avenir des facultés mentales de fils de paralytiques généraux, la maladie de leur ascendant.

M. Vallon pense qu'il importe d'établir une distinction entre les enfants nés avant l'apparition de la paralysie générale et ceux qui sont nés lorsque la maladie était déjà en cours d'évolution. Le danger pour la descendance n'est pas le même dans l'un et l'autre cas. Mais les faits qu'il a observés vont à l'encontre de l'opinion de M. Ballet ; il a vu un grand nombre d'enfants de paralytiques généraux, atteints d'affections nerveuses ou mentales diverses. Il estime d'ailleurs que la descendance de ces derniers peut être moins souvent frappée que celle des vésaniques. Il croit aussi qu'il ne serait pas impossible, lorsqu'il s'agit de paralytiques généraux syphilitiques, chez lesquels la syphilis a été grave et le

traitement insuffisant, que cette dernière affection peut expliquer dans une certaine mesure le retentissement de la paralysie générale du père sur le système nerveux des enfants.

M. Ballet fait remarquer que ce sont, au contraire, les syphilis bénignes, celles où les accidents se manifestent avec peu d'intensité, qui semblent favoriser plutôt le développement de la paralysie générale. Il serait aussi porté à croire que cette maladie survient surtout chez les syphilitiques qui n'ont pas été traités ou ont subi un traitement insuffisant ; mais il n'en est pas moins vrai qu'on a l'occasion de l'observer à la suite de syphilis qui ont été rigoureusement soignées.

M. Joffroy revient, à ce propos, sur l'étiologie syphilitique de la paralysie générale et déclare que si l'on trouve chez un même sujet des lésions syphilitiques associées à la paralysie générale, il peut y avoir là une simple coïncidence. Pour lui, si la maladie en question était véritablement d'origine syphilitique, on devrait trouver plus fréquemment des lésions syphilitiques chez les paralytiques généraux.

Il est d'ailleurs d'accord avec M. Ballet pour reconnaître que lorsque ces malades ont eu la syphilis, il s'est agi le plus souvent, en effet, d'une syphilis bénigne.

M. Taguet dit avoir été médecin de l'asile du Morbihan et que sur une population de plusieurs centaines d'aliénés il n'a observé que trois cas de paralysie générale. En face de ces chiffres, il se demande si réellement la syphilis peut être invoquée comme cause de la paralysie générale.

M. Ballet ne voudrait pas rouvrir le débat sur l'étiologie de la paralysie générale qui a occupé, cette année, plusieurs séances de la Société ; mais il ne saurait admettre l'assertion de M. Joffroy, lorsque celui-ci déclare que chez un paralytique général porteur de lésions syphilitiques, il y a simple coïncidence entre l'existence des deux affections. Pour lui, il y a là une véritable relation de cause à effet. L'explication fournie par M. Joffroy ne lui semble pas assez simple et en médecine, l'on a d'autant plus de chances d'être dans le vrai que les hypothèses que l'on formule ont plus de simplicité. Un fait aussi l'a beaucoup frappé, c'est qu'il paraît y avoir une certaine constance dans la durée qui sépare l'apparition de la paralysie générale de l'époque où la syphilis a été contractée. C'est en moyenne une période de dix à quinze années qui s'étend entre l'éclosion de la syphilis et les premières manifestations de la paralysie générale.

M. Joffroy admet qu'il y a beaucoup de syphilitiques parmi les paralytiques généraux ; mais il ne voit pas pour cela que l'encéphalite diffuse soit un des accidents, un des symptômes de la vérole. Il est étrange que ce serait justement ceux qui auraient escamoté la 2e et la 3e période de la syphilis qui feraient la 4e période, celle de la paralysie générale. Si l'on considère les lésions de cette maladie frappant les vaisseaux, la névroglie et les éléments nobles, il faut avouer que toutes ces lésions sont celles produites par toutes les toxines et tous les poisons. Alors pourquoi dire que ces altérations sont de nature syphilitique.

M. Raymond a décrit il y a quelques années des lésions consistant en la présence d'éléments dans les gaines lymphati-

[illegible] M. Joffroy lui-même, des [illegible] dans la paralysie générale des lésions de [illegible]. Mais on n'est pas autorisé à dire que [illegible] de la syphilis.

M. Joffroy pense, en résumé, que la rareté des accidents tertiaires dans les centres nerveux des paralytiques généraux prouve que la syphilis n'est pas la cause nécessaire, ni même ordinaire de la paralysie générale.

M. Vallon tire de la coïncidence fréquente de la paralysie générale et de la syphilis chez des individus n'ayant pas d'autres maladies infectieuses un argument en faveur de la thèse combattue par M. Joffroy.

M. Joffroy. — L'observation clinique ne confirme pas cette idée courante que la paralysie générale survient d'habitude une dizaine d'années après le début de la vérole. Il est des syphilitiques qui deviennent paralytiques de très bonne heure, et d'autres très tard. J'admets donc très volontiers que la syphilis joue le rôle de cause occasionnelle provocatrice, mais tout comme l'alcool, le surmenage, les excès de toute sorte. La clinique est d'ailleurs très complexe. Existe-t-il des malades n'ayant jamais eu d'autres infections que la syphilis ? En résumé, la syphilis crée une prédisposition.

M. Vallon déclare qu'il n'a jamais cru que la paralysie générale était de nature syphilitique.

M. Ballet retient ce fait que M. Joffroy déclare que les lésions de la paralysie générale sont des lésions d'une maladie infectieuse. Il entend démontrer ultérieurement que c'est là un grand acheminement dans la théorie de la nature syphilitique de la paralysie générale.

Séance du 26 décembre 1898.

Folie sympathique.

M. Magnan est élu vice-président de la Société médico-psychologique pour l'année 1899.

M. Legras, médecin de l'infirmerie spéciale, est nommé membre titulaire.

MM. Dupré et Terrier sont nommés membres correspondants

M. Febvré communique, au nom du docteur Picqué et au sien, une observation de folie sympathique.

Au moment où la question des psychoses post-opératoires soulève tant de controverses dans le monde scientifique, il leur a paru utile de publier certaines observations susceptibles de mettre en évidence le rôle essentiellement bienfaisant de la chirurgie dans certains cas d'aliénation mentale rangés autrefois dans le cadre des folies sympathiques.

Dans une observation publiée, au mois de janvier 1893, dans les *Annales médico-psychologiques*, ils avaient déjà insisté sur la disparition possible de certaines interprétations délirantes surajoutées à un délire primitif et survenues à l'occasion de souffrances physiques intimement liées à deux néoplasmes ayant nécessité une double intervention chirurgicale.

L'observation qu'ils communiquent aujourd'hui a une importance beaucoup plus considérable : le délire entier a disparu grâce

à une grave intervention chirurgicale et depuis deux ans la guérison se maintient, de sorte que l'origine sympathique du délire ne leur paraît pas, dans le cas actuel, pouvoir être mise en doute.

Il s'agit d'une malade entrée à l'asile de Ville-Evrard le 25 octobre 1895 et qui se trouvait alors dans un état mélancolique avec hallucinations auditives, idées d'empoisonnement et tendance au suicide.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité digne d'être notée.

Elle s'est mariée à 19 ans et a eu une grossesse à 22 ans : grossesse et accouchement se sont passés normalement. Physiquement, elle est robuste, de taille élevée et offre quelques stigmates de dégénérescence : asymétrie faciale, adhérence du lobule de l'oreille et rétrécissement du diamètre transverse du crâne. Au point de vue psychique, on peut dire que son niveau intellectuel est bien ordinaire ; elle a cependant pu acquérir une instruction primaire passable.

L'état mélancolique qui a nécessité son internement s'est établi progressivement. Quand la malade arrive à l'asile, elle a l'attitude d'une mélancolique anxieuse ; elle est sans cesse en mouvement, fait entendre des gémissements et paraît en proie à un délire hallucinatoire des plus intenses, elle refuse d'une façon absolue la nourriture. Ses hallucinations se poursuivent sans aucun répit et s'accompagnent d'illusions qui lui font voir tous les objets sous un aspect anormal ; les troubles de la sensibilité générale consistent en sensations de piqûres, de brûlures, de tiraillements insupportables exercés sur les joues, le nez et les paupières ; elle présentait également des hallucinations psycho-motrices.

Pendant plusieurs mois l'état mental reste stationnaire et les règles amènent sans cesse une exacerbation du délire.

Celles-ci deviennent irrégulières comme à l'approche de la ménopause.

En février et mars 1896 surviennent de courtes rémissions, puis le délire ne tarde pas à réapparaître.

Au mois de juin, un examen gynécologique est pratiqué et révèle l'existence d'une tumeur fibreuse dont l'ablation est proposée. Le 19 juin, la laparotomie est pratiquée ; les suites de l'opération sont normales et la cicatrisation se fait régulièrement.

Pendant le mois de juillet, la malade présente encore de l'excitation avec un délire à exacerbations intermittentes. Mais, dès le commencement du mois d'août l'état mental s'améliore rapidement et le 25, la malade peut être mise en liberté.

M. Febvré fait remarquer que l'on pourra objecter que son observation se rapporte peut-être à une forme intermittente de la folie avec rémissions de longue durée. Mais, pour lui, les troubles intellectuels que présentait la malade étaient liés à l'existence de la tumeur fibreuse. Il appuie ses opinions sur ce fait que la guérison est survenue non pas immédiatement après l'opération, mais par degrés ; qu'elle a suivi pas à pas l'amélioration de la santé physique et ne s'est affirmée définitivement qu'au moment de la disparition des dernières souffrances physiques, coïncidant, pour ainsi dire, avec la cicatrisation de la plaie abdominale. Il ne croit pas que l'on puisse songer dans le cas particulier à la possibilité

d'intervalles lucides de longue durée, parce que les rémissions observées au début et pendant le cours de la psychose n'ont jamais été complètes, ont toujours été très courtes et brusquement interrompues par l'arrivée des règles ou des pertes. Il s'agit bien là, pour lui, d'un cas de folie sympathique essentielle et pour expliquer les faits de ce genre il pense que l'on peut non seulement invoquer une action suggestive ou auto-suggestive, mais qu'il est aussi permis de croire au retour du fonctionnement normal d'organes déplacés, comprimés par d'énormes tumeurs dont la présence et le développement n'entraînent pas seulement une gêne locale, mais une altération étendue à l'organisme tout entier, en s'attaquant à la fois à la nutrition et à la circulation, en provoquant parfois une anémie extrême par des pertes périodiques et en disposant l'organisme à des auto-intoxications plus ou moins graves. Il est convaincu que la thérapeutique de l'aliénation mentale, basée maintenant sur des observations précises, doit entraîner une foule de réformes tant au point de vue du mode d'hospitalisation qu'au point de vue de l'assistance médicale ou chirurgicale des aliénés.

F. P.

REVUE DES LIVRES

—

La scoliose hystérique, par René Houeix de la Brousse. (*Th.* 1898.) — Après un historique très documenté, l'auteur montre dans quelles affections on peut observer la scoliose.

Parmi les affections chirurgicales, on l'a rencontrée dans le mal de Pott, le rachitisme, la coxalgie, la luxation congénitale, l'arthrite rhumatismale, l'ostéo-myélite vertébrale. On la trouve encore, mais elle est alors d'origine réflexe dans les abcès périnéphrétiques, les pleurésies, les pleuro-pneumonies, à la suite de l'opération de l'empyème.

Parmi les affections organiques du système nerveux, on la rencontre chez l'hémiplégique ancien, dans l'hémiplégie cérébrale infantile, dans l'athétose double, dans l'idiotie, dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse ; on peut l'observer encore dans la paralysie infantile, dans la maladie de Friedreich, dans la sclérose en plaques, dans la syringomyélie, dans la maladie de Morvan, dans la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance de Déjerine et Pottos, dans la sciatique.

Enfin on l'a trouvée encore dans quelques cas d'acromégalie, dans l'ostéo-arthropathie hypertrophorite pneumique, dans le myxœdème.

Parmi les névroses autres que l'hystérie, on l'a observée dans la chorée, dans la scoliose des adolescents dite encore scoliose neurasthénique.

La toux névropathique est relevée dans nombreux cas de scoliose.

L'auteur passe ensuite à l'étude de la scoliose hystérique. Le nervosisme et l'état d'infériorité cérébrale des ascendants sont notés chez les malades atteints de cette affection. Parmi leurs antécédents personnels, on relève l'état nerveux et la prédisposition

aux contractures, l'émotivité excessive, les convulsions infantiles, les attaques d'hystérie.

Les muscles contracturés sont les muscles des gouttières vertébrales. Ces muscles sont douloureux à la pression. Les mouvements habituels sont pénibles. La scoliose peut affecter une plus ou moins grande étendue du rachis. Elle peut être accompagnée d'autres contractures. Sa durée est variable (8 jours à 1 mois). L'apparition ou la disparition de la contracture peut avoir lieu brusquement ou graduellement. Les rechutes sont fréquentes.

Les contractures hystériques succèdent soit à une attaque convulsive, soit à une émotion morale, soit à un traumatisme.

La scoliose hystérique est plus fréquente à la ville qu'à la campagne. L'hérédité crée chez l'hystérique un état particulier que la moindre cause va réveiller. La suggestion et la contagion jouent aussi un grand rôle.

Le pronostic de cette affection n'est pas grave en lui-même, mais si la contracture persiste longtemps, elle peut amener des déformations squelettiques irrémédiables.

Comme traitement, on peut combattre directement l'état général, mais le traitement local ne doit pas être laissé de côté : le massage a donné de bons résultats. On peut y joindre la suggestion à l'état de veille, ou bien l'anesthésie chloroformique.

L'auteur publie ensuite quatre observations dans lesquelles les stigmates hystériques sont suffisamment nets pour que la nature de l'affection ne puisse faire aucun doute.

C'est d'après ces quatre observations que l'auteur a étudié les caractères cliniques de cette variété de contracture peu commune. L. M.

INFORMATIONS

Aliénée étranglée par sa voisine de lit. — On écrit de Bordeaux que, dans un asile d'aliénés de la banlieue de la ville, une malade de la section des gâteuses qui ne pouvait retenir ses plaintes a été étranglée par une de ses voisines de lit, qui lui a serré les cordons de son tablier autour du cou et enfoncé la tête sous le traversin de son lit. L'infirmière chargée de la surveillance était en tournée au 1er étage, tandis que le drame s'accomplissait.

Quand elle redescendit au rez-de-chaussée, le meurtre était consommé. La folle a étranglé sa voisine de lit tout simplement parce qu'elle faisait du bruit et l'empêchait de dormir. La victime était âgée de quarante-deux ans, l'autre en a vingt-six. (*Gazette médicale de Paris.*)

Condamnation d'un infirmier baigneur de l'hospice d'aliénés de Tours. — Le tribunal de Tours vient de condamner à un mois de prison, avec bénéfice de la loi Bérenger, un gardien de l'hospice d'aliénés de Tours, qui avait eu le tort, en l'absence du baigneur, de faire baigner six aliénés. L'un deux, nommé Wolff, ancien menuisier à Paris, ouvrit le robinet d'eau chaude et éprouva des brûlures, auxquelles il succomba dans la nuit. (*Gazette médicale de Paris.*)

Académie des Sciences. — Distribution des prix de l'année 1898. — Nous relevons les prix suivants : *Prix Lallemand.* 1,800 fr. Le prix est partagé entre M. le docteur A. Thomas (de Paris), pour sa thèse intitulée : Le Cervelet, et M. Ed. Phelpo Allis (de Milwaukee).

Prix Pourat. 1,400 fr. Le prix est decerné à MM. les docteurs D. Courtade et J. F. Guyon (de Paris), pour leurs travaux sur l'innervation motrice de l'estomac.

Prix de l'Académie de médecine proposés pour l'année 1899. — *Prix Barbier.* 2,000 francs. (An-

nuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Théodore Hervin (de Genève). 3.000 francs. (Annuel.) Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix du Barron Larrey. 500 francs. (Annuel.) Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Henri Lorquet. 300 francs. (Annuel.) Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Concours pour une place de médecin-adjoint des quartiers d'hospices de l'Assistance publique. — Voici le total des points obtenus :

M. Roubinovitch, 117 ; — M. Etlinger, 116 ; — M. Londe, 114.

En conséquence, M. Roubinovitch sera nommé médecin-adjoint, des quartiers d'hospices. Nous lui adressons nos sincères félicitations.

Dixième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Le dixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes français, s'ouvrira à Marseille, le *mardi 4 avril* 1899, sous la présidence de M. le Dr Doutrebente, médecin en chef, Directeur de l'Asile de Blois.

Le programme comprendra : 1° Questions mises à l'ordre du jour :

Pathologie mentale. — Délires systématisés secondaires. Rapporteur le Dr Anglade, médecin-adjoint de l'Asile de Braqueville.

Pathologie nerveuse. — Psychoses polynévritiques. Rapporteur Dr Dutil, villa Verdier, Nice.

Médecine légale. — Aliénés méconnus et condamnés. Rapporteur Dr Taty, à la Tour de Salvagny (Rhône).

2° Lectures, présentations, travaux divers ; 3° Visite de l'Asile d'aliénés de Marseille ; 4° Assemblée Générale de l'Union des aliénistes français : 5° Excursions ; 6° Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : **20** *francs.*

Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications, au Secrétaire-général du Congrès, M. le Dr Boubila, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Marseille.

XIIIe Congrès international de Médecine. (Paris, 2-9 août 1900.) Section de Psychiatrie.

Comité d'organisation : Président : M. Magnan (Paris), — Vice-Présidents : M. Pierret (Lyon), et M. Cullerre (La Roche-sur-Yon, Vendée).

Questions à traiter : 1° Pathologie mentale : Psychoses de la puberté. Rapporteurs : M. Th. Ziehen (Iéna), pour l'Allemagne ; — M. Marro (Turin), pour l'Italie ; M. J. Voisin (Paris, pour la France.

2° Anatomie pathologique : anatomie pathologique de l'idiotie. — Rapporteurs : MM. Shuttleworth et Fletcher Beach, pour l'Angleterre ; — M. Mierzejewski (Saint-Pétersbourg), pour la Russie ; — M. Bourneville (Paris), pour la France.

3° Thérapeutique : De l'alitement (*repos au lit*) *dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entrainer dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés.* — Rapporteurs : M. Clemens Neisser (Leubus), pour l'Allemagne ; — M. Korsakoff (Moscou) pour la Russie ; — M. Morel (Mons), pour la Belgique. — 4° Médecine légale : Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. — Rapporteurs ; M. de Krafft-Ebing (Vienne), pour l'Autriche ; — M. Morselli (Gênes), pour l'Italie ; — M. Paul Garnier (Paris), pour la France.

Légion d'honneur. — Notre collaborateur et ami le Dr Maurice de Fleury a été nommé chevalier de la légion d'Honneur.

Nous lui adressons nos bien vives et cordiales félicitations.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

NEUROLOGIE

—

LES LÉSIONS TABÉTIFORMES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE,

Par le Dr Etienne Rabaud,

Chef du Laboratoire d'Anatomie pathologique à la Clinique des Maladies mentales de l'Université de Paris, Docteur ès-sciences.

I

L'existence de symptômes tabétiques chez les paralytiques généraux a été observée dès l'année 1826 par Calmeil. Depuis, Horn (1833), Parchappe (1841), Türck (1856-1858), Bouillaud (1846), Wunderlich (1854), Skae (1860), Joffe (1860-1867) ont publié des observations de malades chez lesquels les phénomènes cérébraux étaient suivis ou précédés de phénomènes spinaux. Les uns, avec Calmeil et Joffe, admettaient que la paralysie générale peut débuter par le cerveau ou par la moelle ; d'autres, au contraire, avec Bouillaud, professaient que les troubles moteurs ne sont pas de nature paralytique.

D'ores et déjà deux courants d'opinion s'annonçaient : Y a-t-il une paralysie générale avec lésions et signes tabétiformes ; — y a-t-il simplement association du tabes et de la paralysie générale ?

Baillarger (1), prenant pour base cinq observations non suivies d'autopsie, conclut à une fréquence relative de l'association des deux maladies, et pense que la *paralysie générale fait partie des signes précurseurs du tabes*. Quand elle vient compliquer cette dernière maladie, les deux affections associées conservent une certaine indépendance.

Westphall, dans diverses publications (1863 à 1882), se range à une opinion analogue ; mais il possède une base anatomique qui manquait à Baillarger.

De leur côté, M. le professeur Jaccoud et le Dr Magnan, admettant l'association, inclinent à penser que la paralysie générale est provoquée par la propagation au cerveau du processus médullaire.

La question a été remise à l'ordre du jour par une communication de M. le professeur Joffroy à la Société Médicale des hôpitaux (2). L'auteur soutient que tabes et paralysie générale sont deux maladies différentes ; depuis 1892, il a développé cette idée, tant dans ses Leçons Cliniques que dans ses publications anatomo-

(1) Baillarger. De la paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice. (*Ann. Med. psych.*, t. VII, 1862.)

(2) A. Joffroy. Rapport du tabes et de la paralysie générale. (*Soc. Med. des Hôp.*, 1892.)

cliniques. Tout en reconnaissant la difficulté parfois très grande qu'il y a d'établir un diagnostic différentiel de troubles tabétiformes et de tabes pur, M. Joffroy pense que la plupart des faits cliniques considérés comme des associations de tabes et de paralysie générale se rapportent à l'une des formes spinales de la paralysie générale. La clinique, d'ailleurs, est sur ce point d'accord avec l'anatomie pathologique : il y a des lésions spinales propres à la paralysie générale.

Dans le même sens, il faut citer les travaux de Stojanovitch (1), Klippel (2), Ballet et Renaud (3). Au contraire, le professeur Raymond et M. Nageotte (4) considèrent les deux affections comme des manifestations diverses de la même maladie, ils admettent que la paralysie générale peut s'accompagner de tabes dans les deux tiers des cas et que la marche inverse s'observe très souvent. A l'appui de cette opinion, M. Nageotte cite huit observations suivies d'autopsie et d'examen microscopique.

II

L'existence même de la discussion qui nous occupe, indique l'imprécision des signes cliniques différentiels, ainsi que l'analogie des lésions dans l'un et l'autre cas. Sans vouloir insister sur les symptômes, qui très souvent ne permettent d'établir un diagnostic qu'en observant attentivement l'évolution de l'état morbide, il faut cependant relever les points de détails grâce auxquels il est possible, sinon d'affirmer, tout au moins de soupçonner, une paralysie générale chez un malade présentant des troubles médullaires (5).

On reconnaît, comme particularités vraiment importantes, une mobilité relative et une aptitude plus ou moins grande des symptômes à se transformer. Ainsi, les douleurs fulgurantes apparaissent un jour, persistent quelques semaines ou plusieurs mois, puis disparaissent; — les réflexes s'exagèrent, puis un jour se trouvent diminués ou abolis. Ou bien ces divers états présentent une rémission d'une durée variable; ils peuvent être encore atténués, douteux ou déformés; l'un des signes peut faire défaut, tandis que les autres existent. Toutes ces distinctions, pour être reconnues, demandent un examen du malade très attentif et souvent renouvelé.

Le diagnostic se complique surtout lorsque les troubles spinaux précèdent l'invasion des troubles mentaux ; l'affection médullaire attire toute l'attention, avec l'apparence clinique d'un tabes légitime, et cette apparence peut se prolonger plusieurs années

(1) Stojanovitch. Etude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la Paralysie générale. (*Th. de Paris*, 1893.)

(2) M. Klippel. Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales. (*Archives de med. exp.*, janvier 1894.)

(3) G. Renaud. Etude des réflexes dans la paralysie générale. (*Th. de Paris*, 1893.)

4) J. Nageotte. Tabes et paralysie générale. (*Th. de Paris*, 1893.)

(5) V. Klippel, G. Renaud, loc. cit.

avant que s'établissent les signes de paralysie générale. Ceux-ci entrent en scène brusquement, par des attaques épileptiformes ou apoplectiformes ; plus souvent ils débutent insidieusement et s'installent sans qu'on y prenne garde. En même temps, les signes du tabes s'amoindrissent ou disparaissent complètement.

Au contraire, lorsque les phénomènes spinaux apparaissent au cours d'une paralysie générale non douteuse, le diagnostic s'impose si l'on admet la rareté d'association du tabes et de paralysie générale. On peut en dire de même pour les cas où l'on observe l'éclosion simultanée des troubles spinaux et encéphaliques.

Il est enfin des cas où le diagnostic précoce de paralysie générale est tout à fait impossible. Nous voulons parler de ces malades ayant présenté des troubles hystériformes, paraplégiques et sensitifs, n'ayant aucune analogie avec le tabes, malades qui sont morts paralytiques généraux avec des lésions tabétiformes de la moelle (1).

La modalité de chacun des symptômes des lésions postérieures de la moelle dans la paralysie générale, convainc complètement du peu de ressources que leur observation offre au diagnostic.

Les *douleurs* peuvent manquer, mais existent d'ordinaire. Parfois elles apparaissent comme signe de début et de préférence aux membres inférieurs, à l'une ou l'autre des deux jambes, mais non pas aux deux en même temps. Elles sont superficielles et ne semblent pas aussi vives que dans l'ataxie locomotrice.

Les douleurs s'atténuent ou disparaissent dès l'explosion des manifestations cérébrales, phénomènes dus, selon Klippel (2), à l'amnésie du paralytique général.

Le *signe d'Argyll Robertson* existe nettement dans 50 ou 60 % des cas. D'après M. Ballet (3), l'œil paralytique serait caractérisé par une diminution du réflexe lumineux avec affaiblissement de l'accommodation aux distances — et, de plus, d'après Stojanovitch (4), de mydriase et inégalité pupillaire au lieu du myosis tabétique.

Les *réflexes tendineux* sont en général exagérés. Le signe de Westphall peut exister au début de l'affection pour disparaître au moment où les troubles encéphaliques font irruption.

Quant aux *troubles moteurs*, ils peuvent avoir une analogie formelle avec les accidents ataxiques, mais, le plus souvent peut-être l'incoordination motrice n'est pas purement tabétique ; elle est en réalité mal définie.

(1) A. Joffroy et Et. Rabaud. Sur un cas de paralysie générale juvénile, avec lésions tabétiformes des cordons postérieurs. (*Archives de Neurologie*, juillet 1898.)

(2) Etienne Rabaud. Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale. Carré et Naud, 1898.

(3) M. Klippel. Loc. cit.

(4) G. Ballet. Rapports du tabes et de la paralysie générale. *Progrès médical*, 10 juin 1893.

(5) Stojanovitch. Loc. cit.

III

Ainsi, malgré quelques signes distinctifs, les troubles spinaux propres à la paralysie générale manquent de netteté : le syndrome tabétique peut et doit en imposer plus ou moins longtemps lorsqu'il existe seul. Aurons-nous tout au moins la consolation platonique de rencontrer à l'examen microscopique une sclérose paralytique différente de la systématisation ataxique? Nous croyons pouvoir l'affirmer.

Dans les recherches anatomiques, le point essentiel est de procéder à un examen complet et méthodique de la moelle dans toute sa hauteur. Les constatations faites sur une coupe isolée peuvent aisément induire en erreur, car la localisation scléreuse est *très semblable*, mais elle n'est pas identique à celle des ataxiques. La distinction entre l'une et l'autre s'établit par quatre caractères principaux :

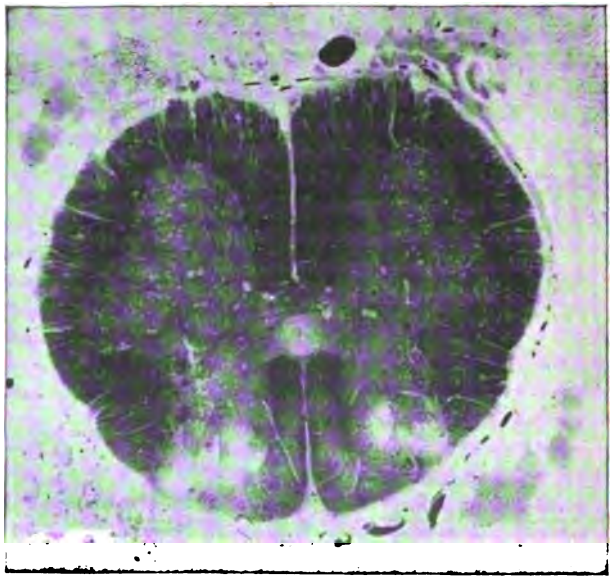

Fig. 1. — Moelle lombaire. — Lésion tabétique du cordon postérieur.— Intégrité de la zone de Lissauer et les racines postérieures.

a) *La localisation des lésions tabétiformes* varie d'un étage à l'autre de *la moelle*. Elle occupe durant un certain trajet la place reconnue aux fibres exogènes, puis, sans transition précise, elle se confine dans une bande occupée par des fibres endogènes. Le plus souvent, on observe à la région dorsale une dégénération semblable à celle de la bandelette externe, mais dès qu'on atteint la région cervicale, l'aspect change complètement,

l'altération dessine la virgule de Schultze, tandis que les fibres exogènes restent bien colorés. Parfois il arrive que les cordons de Goll sont intacts, malgré une sclérose intense du champ lombaire postéro-externe. Ou bien, la zone tabétiforme existe seulement à la moelle lombaire, tandis que les bandelettes externes renferment les fibres les plus sains.

En un mot, la valeur objective des lésions varie d'une coupe à l'autre ; il ne peut pas y avoir de systématisation permettant une description univoque.

b) *L'examen d'une seule coupe montre qu'il n'y a pas de fasciculation précise ; les lésions sont diffuses.* C'est *à peu près* que l'on peut dire : bandelette de Pierret, zone postéro-externe ; la lésion intéresse divers systèmes du cordon postérieur, non point en entier, mais une partie des uns et des autres pour former une tache d'étendue variable ou plusieurs taches distinctes.

Fig. 2. — Moelle dorsale du même sujet. Lésion tabétiforme des bandelettes externes. Altération diffuse de l'ensemble du cordon postérieur. Intégrité des zones de Lissauer et des racines postérieures.

Au dire de M. Nageotte (1), il s'agit là d'une lésion banale du tabes légitime, lésion d'origine vasculaire. Mais elle n'existe pas dans tous les cas observés de tabes incipiens. Cependant, comme une fasciculation fibrillaire n'est jamais nettement limitée, les bords des taches scléreuses sont nécessairement indécis : dans les moelles des paralytiques généraux, le vague des contours poussé à l'extrême intéresse une étendue relativement grande du cordon postérieur. De plus, ces lésions *sont constantes.*

(1) Nageotte. Loc cit.

En outre, cette diffusion paralytique est un *phénomène de début* ; elle porte *en même temps* sur plusieurs points du cordon postérieur, qu'il s'agisse de faisceaux radiculaires ou de faisceaux commissuraux. Ces derniers pourront même être atteints dès le principe en des points tardivement envahis dans le tabes, ainsi le centre de Flechsig et la zone de Westphall ; car la sclérose ataxique diffuse secondairement, en tache d'huile, autour de la zone exogène où siège le processus primitif.

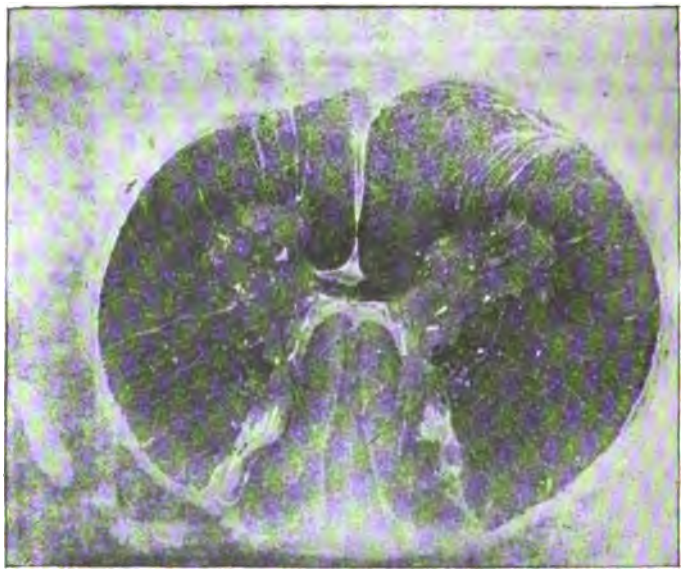

Fig. 3. — Moelle cervicale du même sujet. Les lésions tabétiformes sont peu accusées ; le cordon de Goll en particulier est peu atteint. Il existe une bande dégénérée correspondant aux fibres endogènes.

Notons enfin que la diffusion paralytique peut se produire autour d'une zone endogène, ce qui n'a jamais lieu dans le tabes.

c) *Les racines postérieures et la zone de Lissauer sont saines, ou à peu près saines* dans la paralysie générale. C'est là un fait constant (1) en contradiction apparente, à certains niveaux de la moelle, avec la dégénérescence très marquée d'un champ qui correspond à peu près aux bandelettes externes. En effet, les lésions avancées des zones exogènes coïncident, chez les tabétiques, avec une altération profonde des racines postérieures et des zones de Lissauer. Chez les paralytiques nous trouvons ces mêmes champs, normaux, parfois diminués de quelques éléments à peine. C'est là un signe anatomique important sur la valeur duquel il paraît difficile de discuter.

(1) Joffroy, Klippel, Nageotte, Rabaud, loc. cit.

d) *Les cellules de la substance grise, celles des cornes antérieures, comme celles de la colonne de Clarke sont altérées.* Cette altération se présente, chez le même malade, à des degrés divers, mais elle n'est jamais massive, c'est-à-dire n'atteint pas la substance grise dans toute la hauteur de la moelle. Le processus entame des segments isolés et respecte les autres, et en outre il porte non pas en particulier sur l'un des groupements des cornes, mais sur un certain nombre d'éléments de chacun d'eux, soit que ces éléments aient complètement disparu, qu'ils soient atrophiés, ou atteints de dégénérescence granuleuse.

Ces lésions cellulaires sont en rapport de cause à effet avec les scléroses cordonnales; nous allons y revenir.

Il existe enfin des *lésions secondaires*, telles que l'épaississement et l'infiltration nucléaire des méninges et des parois vasculaires ; ces lésions inconstantes n'ont aucune spécificité, elles sont en général assez peu accentuées pour qu'il soit possible de leur attribuer un rôle important. Nous retiendrons seulement quatre ordres de perturbations qui, prises isolément, seraient sans doute impuissantes à créer des caractères indiscutables, mais qui, prises dans leur ensemble, suffisent pour séparer nettement les lésions médullaires de la paralysie générale de celles du tabès.

Ce sont :

La discontinuité des zones sclérosées dans la hauteur de la moelle ;

La diffusion et l'irrégularité de la sclérose considérée sur une seule coupe ;

L'intégrité relative ou absolue des racines postérieures ou des zones de Lissauer par opposition à la dégénérescence des faisceaux radiculaires interspinaux ;

Les lésions cellulaires, segmentaires et diffuses.

Quant aux altérations des cordons latéraux et des racines antérieures, fréquentes, on le sait, dans la paralysie générale, nous ne les avons pas rencontrées nettement chez nos sujets tabétiformes. Elle ne paraissent pas avoir de valeur spécifique vraie.

IV.

En présence de tels faits, nous devons nous demander quelle est la nature et l'origine du processus formatif.

A considérer seulement certains aspects de la sclérose intramédullaire, on est tenté d'admettre un trouble d'origine radiculaire. Mais en présence de l'état normal ou quasi-normal des racines postérieures et des zones de Lissauer, considérant que le cordon de Goll peut n'être pas altéré, ou l'est très faiblement, en un mot, devant l'impossibilité où l'on se trouve de suivre d'un bout à l'autre le trajet des fibres ganglionnaires, on éprouve des doutes sérieux.

En effet, la lésion des racines, quand elle existe, est toujours trop faible pour concorder avec la largeur des champs scléreux observés ; on s'étonne en outre qu'il y ait un si faible rapport entre la petite diminution des fibres du cordon de Goll et la diminution relativement intense de celles des champs lombaires. C'est un véritable paradoxe physiologique, car non seulement le bout central des fibres est intact, mais encore le bout périphérique, de sorte que la destruction semble porter sur le segment intermédiaire et même sur *des fractions alternées de ce segment*.

Ces considérations tirées de l'ensemble des cas observés entraînent donc à nier l'origine exogène du processus. Et nous serons conduits à la nier complètement si nous accordons toute la valeur nécessaire à l'altération primitive de faisceaux nettement circonscrits occupant le niveau et la place des fibres endogènes ascendantes ou descendantes, que ces fibres soient dégénérées dans leur ensemble ou par segment comme les précédentes. Pour ces fibres, quel que soit le siège de la lésion initiale, le processus est nécessairement intra-spinal.

En effet, l'existence même de ces localisations scléreuses endogènes ne permet pas d'attribuer la cause première des phénomènes à la méningite que nous observons tout autour de la moelle. Outre que cette méningite est parfois légère et, par conséquent, incapable d'être un agent actif de compression, son action s'exerçant entre le ganglion spinal et la zone d'entrée des racines, aurait produit un mode de dégénérescence différent de celui que nous décrivons.

Elle aurait provoqué en premier lieu la destruction du cordon de Goll, et, de proche en proche, celle des diverses zones radiculaires, puis de la zone de Lissauer. Surtout, cette compression serait restée sans effet sur les faisceaux endogènes.

Elle aurait, il est vrai, laissé les racines intactes, mais cela ne saurait nous suffire pour admettre la réalité du processus.

C'est dans la moelle même qu'il nous faut chercher la raison anatomique de la maladie. Devrons-nous invoquer les modifications vasculaires ? Sans doute ces modifications constituent l'un des facteurs susceptibles de produire une sclérose diffuse. Nous ne croyons pas cependant qu'elles suffisent pour expliquer la distribution des lésions, pour l'unique raison que ces altérations vasculaires ne se présentent pas dans tous les cas avec la même intensité, et que souvent la perméabilité des vaisseaux est encore très suffisante sinon pour exiger l'intensité des cordons médullaires, du moins pour empêcher des dégénérescences aussi précises. Si le défaut de vascularisation entre réellement en jeu, la dystrophie légère qui en résulte ne peut atteindre que les cellules des cornes, éléments très sensibles, et non pas directement les fibres tant que leur centre trophique est sain.

C'est qu'en effet, nous pensons que la lésion primitive, intramédullaire, de la paralysie générale spinale siège sur les neuro-

nes de la substance grise. Il en est à ce point de vue de la moelle comme du cerveau. Nous avons relaté la disparition manifeste d'un très grand nombre de neurones tant dans les cornes antérieures que dans les colonnes de Clarke ; nous avons noté l'état granuleux d'un certain nombre de ceux qui persistaient. Pour aller jusqu'au bout, nous pourrions dire que la maladie d'un neurone n'est pas appréciable à son début, lorsqu'il n'existe encore que le trouble organique initial, antécédent à la désintégration protoplasmique. Sans aller aussi loin, et pour rester sur le terrain des faits visibles, il nous suffit simplement qu'il y ait des modifications incontestables d'une partie des éléments nobles intraspinaux, modifications portant, non pas sur toute la hauteur de la moelle, mais sur les segments plus ou moins isolés, répartis du renflement lombaire au bulbe.

Nous avons également fait remarquer que ces cellules, disparues ou malades, n'appartiennent pas exclusivement à l'un ou l'autre des groupes connus, mais indistinctement à chacun des groupes de la substance grise. Cette constatation nous ramène aux conclusions si souvent formulées par M. le professeur Joffroy : « La paralysie générale ne s'en prend pas comme l'ataxie à un système anatomique ayant une fonction physiologique bien individualisée, mais à des systèmes anatomiques ayant des fonctions physiologiques multiples (1). »

Cela dit, et mis en pleine lumière, nous pouvons nous expliquer les quelques déficits relevés dans les racines antérieures ; surtout cela nous conduit très naturellement à admettre que les zones scléreuses occupant la place assignée aux fibres ascendantes ou descendantes résultent bien en effet de la destruction des systèmes commissuraux à court et à long trajet, puisqu'ils sont en rapport direct de continuité avec certaines des cellules des cornes. On constate la disparition de la zone de Westphall, de la virgule de Schulze, du centre de Flechsig ensemble ou séparément. Et comme le processus morbide frappe, non pas un système physiologique défini, irrégulièrement un certain nombre d'éléments de divers systèmes, la dégénération de ces faisceaux est plus ou moins complète, simultanée ou non, laissant intacte une portion de faisceau, intéressant à la fois deux faisceaux indépendants. Comme, de plus, ce processus n'est pas généralisé à toute la longueur de la moelle, que les fibres naissent à diverses hauteurs, la dégénération de ces mêmes faisceaux ne se produit pas d'une façon continue.

Sur ce point, il ne paraît donc y avoir aucune difficulté ; mais nous prétendons, en outre, que la maladie des neurones des cornes suffit pour expliquer toutes les localisations scléreuses précédemment décrites et représentées. Est-ce à dire que les lésions obser-

(1) A. Joffroy. — *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale.* (*Archives de Médecine expérimentale*, 1er nov. 1892, p. 850.)

vées tiennent uniquement à la désintégration de fibres endogènes ? Une telle affirmation reviendrait à exprimer l'outrecuidante pensée de transformer les connaissances acquises sur la fasciculation intra-spinale des fibres radiculaires. Nous croyons cependant que la majorité des fibres disparues sont endogènes. Il est en effet difficilement soutenable que *toutes* les fibres commissurales sont réunies en faisceaux constitués ; il en est certainement d'éparses dans l'étendue du cordon postérieur, mélangées aux fibres exogènes. Il suffira donc qu'il y ait dégénérescence de ces éléments pour dessiner les contours de la sclérose radiculaire. Remarquons que les champs tabétiformes ont deux caractères principaux : tout d'abord leurs contours manquent de netteté, il existe autour d'eux une large diffusion de la sclérose qui vient rejoindre les champs commissuraux proprement dits ; en second lieu, il persiste constamment dans ces zones un assez grand nombre de fibres saines. La destruction d'éléments endogènes coïncide avec le premier caractère; la conservation d'éléments exogènes avec le second. En outre, cette manière de voir concorde avec la conservation des zones de Lissauer et des racines postérieures.

Soutiendrons-nous maintenant que toutes les fibres exogènes sont conservées ? Non, certes : cela serait en contradiction avec les légères lésions relevées sur certains points des racines et des zones de Lissauer, surtout avec la disparition ou la dégénérescence diffuse des éléments de cornes. Il est nécessaire qu'un certain nombre de ces fibres aient disparu.

Sans doute on pourrait dire que la sclérose envahissante a comprimé, étouffé ces éléments radiculaires et peut-être ne faut-il pas rejeter absolument cette cause, refuser de lui attribuer une partie de l'effet produit. Mais ce processus serait insuffisant par lui-même, en particulier dans les cas peu avancés. Il est un autre processus duquel nous sommes tentés de faire dériver l'altération constatée, processus mis clairement en relief par M. Klippel (1). Cette conception a pour base le fait de la transmission des phénomènes morbides de neurone à neurone, et le mode de cette transmission.

On sait, en effet, que les neurones divers sont contigus entre eux par leurs prolongements axiaux ou collatéraux ; un même neurone entre ainsi en contact avec un grand nombre d'autres. Or, nous venons de voir que dans les moelles de paralytiques généraux, les neurones étaient atteints non point par groupes anatomiques, mais d'une façon diffuse. Le premier résultat de ce phénomène est nécessairement la disparition des prolongements même de ces neurones : le centre trophique ne fonctionnant plus, les ramifications ne sauraient persister longtemps.

Mais qu'advient-il alors des neurones restés sains, ou simplement des prolongements de divers ordres de ces neurones qui

(1) M. Klippel. — *Les neurones, les lois fondamentales de leurs dégénérescences.* (*Archives de Neurologie*, 1896, n° 6.)

viennent au contact immédiat des éléments disparus ? Il est tout d'abord évident que ces arborisations, faisant partie d'une chaîne interrompue, cessent de fonctionner ; la conséquence ne se fait pas attendre et bientôt à leur tour ces arborisations dégénèrent, quel que soit l'état de leur centre trophique. Ainsi, sur un neurone sain, le processus morbide intéresse les fragments dendritiques ou neuritiques seuls en contact avec un neurone détruit. Mais, fait important, la lésion pourra rester localisée à ses segments, tandis que les autres persisteront, définitivement ou pour un temps donné, car elle peut se généraliser et atteindre le centre trophique lui-même.

Cette dégenérescence combinée des neurones d'une même chaîne, ou dégénérescence par transmission, explique très naturellement les lésions radiculaires limitées des segments de ces fibres. « Dans tous ces cas, il est de règle que la lésion respecte, à peu près, la racine postérieure, le ganglion intervertébral, et la zone de Lissauer. Seules les branches cylindre axes directes avec les collatérales sont nettement dégénérées (1). » Mais il n'y a rien d'invraisemblable à admettre que le retentissement morbide se propage jusqu'au bout, puisse sortir de la moelle intéressant à la fois la zone de Lissauer et la racine elle-même.

Il nous paraît qu'ainsi comprise, la question s'éclaire complètement. Etant donné le fait indéniable de la destruction totale ou partielle des neurones centraux, il s'en suit nécessairement : la disparition plus ou moins étendue des cylindre-axes et prolongements protoplasmiques d'origine endogène nés de ces neurones, des prolongements radiculaires dans les limites que nous venons de préciser.

En terminant, invoquons un argument d'ordre clinique. Nous avons fait allusion tout à l'heure au cas d'un jeune malade qui n'a jamais présenté, durant sa maladie, le moindre symptôme ataxique, et cependant les lésions de sa moelle, plus que toute autre, pouvent autoriser la confusion entre les localisations de l'ataxie locomotrice et les lésions paralytiques. Un tel phénomène ne se serait certainement pas produit, semble-t-il, si les éléments détruits avaient appartenu sinon exclusivement, du moins en majorité au système radiculaire.

Nous ne voulons pas nier la coexistence possible, quoique rare, du tabes dorsal et de la paralysie générale ; seulement, il faut se tenir en garde, ainsi que l'avait fort bien reconnu Baillarger (2), chaque fois que l'on se trouve en présence d'accidents cérébraux et spinaux, surtout lorsque les symptômes de paralysie générale éclatent chez un malade atteint d'une maladie de la moelle. Le diagnostic exact est toujours difficile à établir ; le plus sou-

(1) M. Klippel. — *Loc. cit.*, p. 20.
(2) Baillarger. — *Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale.* (*Annales médico-psychologiques*, 1883, p. 191.)

vent l'anatomie pathologique seule peut donner une indication précise, soit qu'il s'agisse de vérifier l'existence de la paralysie générale légitime, soit au contraire qu'il faille spécifier la nature de la lésion médullaire.

PSYCHIATRIE

A PROPOS DE LA CONFÉRENCE ANTIANARCHISTE DE ROME,

Par A. Marie,
Directeur-médecin de la Colonisation familiale de Dun.

La Conférence internationale antianarchique vient de se clore à Rome ; ses conséquences effectives sont problématiques.

Pour le médecin aliéniste, cette renaissance de fanatisme politique et d'illuminisme social n'est pas un des phénomènes les moins caractéristiques de notre fin de siècle.

Sans croire verser dans le travers qu'on nous attribue volontiers de voir des fous partout, je pense que nous pouvons considérer ces délires politiques contemporains comme l'équivalent moderne des délires religieux épidémiques d'antan.

La folie religieuse a été autrefois fréquente et épidémique en France. Les dernières épidémies datent de la première moitié du siècle et sous le deuxième Empire, il y eut, après l'annexion de la Savoie, une épidémie de folie religieuse à Morzines, qui cessa après l'envoi des médecins-inspecteurs du Ministère de l'intérieur (Drs Lunier, je crois, et Constant). Ils firent simplement interner à l'asile départemental les délirantes actives qui avaient entraîné leur entourage par contagion psychopathique.

J'ai moi-même observé à l'asile de Mayenne le dernier survivant d'une épidémie analogue qui régna dans cette partie de la France et qui fut relatée dans les *Annales Médico-psychologiques* de 1882.

— Mais la folie religieuse tend à être la forme délirante des populations aliénées des campagnes et en particulier des campagnes les plus ignorantes. (Savoie, Bretagne, Pyrénées [Lourdes ?]

Dans les centres les plus agglomérés, dans les grandes villes ou les campagnes riches et plus cultivées, les mêmes formes psychopathiques, tendent peu à peu à se *laïciser* en quelque sorte et on observe tous les intermédiaires entre les délires mystiques purs, tels qu'au moyen âge, et les délires modernes non religieux qui leur correspondent exactement au point de vue clinique.

Les délires mixtes politico-mystiques forment l'intermédiaire et à l'autre bout de l'échelle des délires systématisés mystiques purs on peut opposer les délires politiques purs.

C'est ce qu'admettent Magnan et Sérieux, dans leur travail sur les délires chroniques :

Ainsi donc, les délires religieux, autrefois nombreux, tendent progressivement à diminuer de nombre, à mesure que les centres urbains s'agglomèrent au dépens des campagnes, et que le service militaire obligatoire, ainsi que l'instruction publique généralisée, transforment les campagnes les plus reculées.

Mais, comme la dégénérescence mentale ne saurait perdre ses droits (au contraire, puisqu'elle augmente), les délirants n'en sont pas moins nombreux ; seulement, au lieu d'être des délirants mystiques, ils délirent sur les préoccupations sociales contemporaines, c'est-à-dire sur les préoccupations politiques ou même politico-mystiques.

Plus l'individu a subi l'influence des milieux urbains où l'agitation politique est plus vive et l'influence du clergé moindre, plus cet individu, s'il vient à délirer, reflétera des préoccupations purement politiques et peu mystiques.

Cependant, on rencontre parfois dans les asiles des grandes villes des mystiques vrais, sortes de retours ataviques épars dans un milieu peu religieux, ou bien représentants d'une éducation rurale bien que natifs de la ville hors de laquelle ils furent allaités en bas âge.

Les périodes d'agitation politique électorale mettent fréquemment à jour les délirants qui cherchent à attirer sur eux l'attention publique, comme à d'autres moments ils le pourraient faire en tirant quelque pétard ou coup de revolver à blanc, en un lieu public.

De ces éclats inoffensifs à la propagande par le fait, il n'y a qu'un pas : la balle de l'aliéné peut viser un puissant personnage dans le même but que son affiche bizarre chercherait à atteindre la notoriété pour contre-balancer des persécutions hallucinatoires ou confirmer des tendances mégalomaniaques.

Être député original comme l'Arabe de Pontarlier ou l'accusé à la mode du procès du jour, dont la presse est pleine, sont deux moyens à la portée de tous ces malades et également mis à profit par les uns et les autres.

Les inconvénients de la publicité électorale concernant la multiplicité progressive des candidatures bizarres aux élections diverses sont relativement bénins ; on n'en saurait dire autant de la forme contagieuse qui tend fatalement à prendre la forme agressive des réactions politiques par le fait avec la publicité plus encore universelle et internationale de la presse.

Régis a démontré, dans son Étude des Régicides, que les meurtriers historiques comme Ravaillac, J. Clément et tant d'autres étaient pour la plupart des fous mystiques caractérisés.

Lombroso, dans ses Anarchistes, assimile une partie de ceux-ci aux anciens aliénés régicides.

Sans prétendre que tous les écrivains nihilistes et anarchistes sont par cela même déséquilibrés et irresponsables, je crois

que leurs écrits peuvent aisément tourner la tête au troupeau des débiles que traîne toute génération humaine à sa suite. C'est ainsi qu'on voit surgir parmi ces derniers des instruments de meurtres inconscients de l'horreur de leur lâcheté, convaincus, au contraire, qu'ils exécutent une œuvre de bienfaisance en précurseurs et martyrs d'une idée encore mal comprise.

Les lectures pernicieuses à ce point de vue ne sauraient faire délirer un individu normal, mais l'anormalité est fréquente en fait et les prédisposés se jettent avidement sur tout aliment propre à les mettre en vibration pathologique. Tandis que les uns s'adonnent par exemple au spiritisme ou à toutes autres réactions socialelement inoffensives, d'autres dévorent les publications spéciales qui incitent au meurtre politique en le glorifiant et s'y consacrent sans tarder.

Le monoïdéisme aboutit de suite à un but précis, puisque tous les moyens sont bons et point n'est besoin de complicité ni d'excitation mutuelle. La parole semée germe vite et la moisson ne se fait pas attendre. Puis vient le procès retentissant et l'exécution solennelle qui, loin d'être expiatoires, sèment au contraire à nouveau le levain morbide, dérigeant le malade antipathique en nouveau Brutus martyr d'idée.

Le cabanon de gâteux pour la fin de ses jours couperait court à ces envolées, il déposerait sûrement le sujet aux yeux des déséquilibrés prêts à l'imitation; en outre ce serait concilier une justice plus vraie avec la préservation certaine de la société et de ses rouages humains.

De l'internement après l'acte à l'internement préalable et prophylactique, il semble qu'il n'y ait qu'une assimilation logique et facile. Cependant on a vu par les procès anarchistes d'Europe et d'Amérique que la thèse de l'irresponsabilité et de l'internement n'a pu être sérieusement présentée et que les exécutions capitales furent constamment préférées. Pour faire prévaloir la thèse de l'irresponsabilité et de l'internement préalable, on se heurte, en outre, à une question de fait. Sur quel critérium se baser pour incriminer un individu de tendances anarchistes, avant tout attentat, comment l'en convaincre, en même temps que l'interner comme aliéné reconnu ?

L'aveu de tendances et la jactance ordinaire de ces individus rendraient, croyons-nous, la tâche relativement facile, les fous religieux, autrefois brûlés comme convaincus de crimes de sorcellerie, démonopathie ou hérésie, ont bien fini par être interrogés, reconnus aliénés et internés.

Au lieu de transformer un fanatisme politique dangereux en religion persécutée, on peut espérer tarir le prosélytisme dans ses sources.

Comme on déracine les épidémies de folies mystiques par l'internement des délirants actifs initiaux, on doit pouvoir arrêter la

BOSTON MEDICAL LIBRARY DEC 20 1913

propagande anarchiste par le fait en internant les propagandistes délirants qui prêchent l'assassinat et leurs apôtres les plus avérés.

Je mets hors de cause les écrivains qui développent des idées dites anarchiques au point de vue philosophique, sociologique et économique, sans prêcher les moyens violents pour hâter la réalisation de leurs rêves.

Il n'est question, bien entendu, que des exhortations directes à l'homicide, de ce qu'on appelle aujourd'hui la propagande par le fait, dont on a malheureusement à enregistrer les attentats de plus en plus fréquents.

Pris en eux-mêmes, ces actes, par les conditions de leur exécution, leurs mobiles, diffèrent nettement des crimes ordinaires passionnels ou d'intérêt.

Les auteurs, à leur tour, par de nombreux côtés, présentent des tares évidentes ; leur état mental confine au monoïdisme obsessionnel et à la mégalomanie raisonnante de certains persécuteurs ou de dégénérés inférieurs et supérieurs.

Ravachol fut un chemineau qui rappelle par plus d'un côté l'assassin de bergers qu'on ne peut tarder à reconnaître aliéné, lui aussi, maintenant qu'il est guillotiné.

Mais le caractère insolite de ces crimes nouveaux, l'émoi plus profond produit sur une société menacée dans ses bases, empêchent jusqu'ici d'assimiler simplement ces attentats à des crimes courants pour lesquels la thèse d'irresponsabilité morbide est quotidiennement examinée et admise sans difficultés.

Malheureusement, le caractère pseudo-politique de ces questions les complique des préventions possibles de partialité dont on accusera les gouvernements tentés, dira-t-on, de faire passer pour anarchistes aliénés les représentants gênants d'une opposition extrême.

C'est ce qui s'est produit sous le deuxième Empire en France, où les attaques suivies contre la loi de 1838 n'eurent pas d'autres raisons (Affaire Sandon).

Rappelons, en terminant, le cas du jeune apprenti pâtissier qui, excité par des lectures anarchistes, crut bien faire en plongeant un couteau de cuisine dans le ventre de son patron.

La condition sociale modeste de la victime et le jeune âge de l'auteur de l'acte en permit une plus juste appréciation par le tribunal qui, sur expertise de M. le Dr Vallon, lui accorda des circonstances atténuantes de par son état mental.

Le cas plus récent de cet ouvrier dans le Nord, tirant 5 coups de revolver sur un officier inconnu qu'il contrepasse, fut de même ordre.

REVUE CRITIQUE

LE TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE PAR LA SUPPRESSION BRUSQUE.

Par A. Lutaud et B. Deering.

Quoique les questions relatives à la morphinomanie aient été bien souvent traitées soit dans les Sociétés savantes, soit dans les traités classiques, il est encore deux points qui donnent lieu à de vives controverses ou sont encore peu connus.

Le premier de ces points se rapporte au traitement même de la morphinomanie; le second a trait à l'action spéciale de cette intoxication chronique sur l'appareil génital de la femme et aux avantages qu'elle peut présenter dans certaines affections utérines incurables.

Abordons le premier point.

On sait que la morphinomanie est caractérisée par l'habitude qu'ont certains individus (principalement les femmes) d'employer la morphine sans que l'usage de cette substance soit justifié par aucune affection. Cette habitude constitue rapidement un état pathologique qu'il importe de combattre par la suppression plus ou moins rapide de l'agent toxique.

Tout le monde est d'accord sur ce point; mais l'accord cesse sur le modus operandi. Les uns, comme Levinstein et tous les maîtres de l'Ecole allemande, sont d'avis de supprimer brusquement l'usage de la morphine; les autres, parmi lesquels se trouvent surtout les auteurs français, estiment que cette suppression brusque expose les malades aux plus terribles accidents.

C'est ainsi que nous lisons dans une leçon publiée récemment dans le *Progrès médical* :

« Le traitement de la morphinomanie ne peut être que la suppression de la morphine. La *suppression brusque* est une méthode mauvaise, dangereuse. Elle peut entraîner des accidents graves, un état de collapsus et même déterminer la mort. — La *suppression rapide*, qui peut être complète en 8 à 10 jours, est souvent encore un mode défectueux de traitement qui ne met pas à l'abri d'accidents plus ou moins prononcés. »

Cette opinion, si elle n'est pas partagée par tous les médecins français, représente au moins celle de la grande majorité d'entre eux.

Il s'est établi chez nous une sorte de préjugé qui consiste à croire que la suppression brusque ou même simplement rapide fait courir au malade les plus grands dangers pour sa vie.

Cette opinion a sans doute pris naissance dans les dires et gémissements des malheureux morphinomanes qu'on a vainement tenté de guérir par la patience et la persuasion. Elle ne nous paraît fondée ou elle nous semble tout au moins fort exagérée. Nous allons tâcher de le démontrer dans la première partie de ce travail.

Examinons d'abord ce qu'on doit entendre par morphinomanie.

Selon Levinstein : « La morphinomanie signifie la passion qu'a un individu de se servir de morphine comme excitant ou comme aliment, et l'état pathologique qui résulte de l'usage abusif de ce médicament ».

Quelques auteurs ont rangé la morphinomanie parmi les psychoses, mais nous n'acceptons pas cette opinion et nous pensons, avec Levinstein, que tout individu, qu'il soit fortement ou chétivement organisé, est disposé à la passion de la morphine, quand il s'est habitué pour une cause pathologique quelconque aux injections de morphine et qu'il les a à sa libre disposition.

C'est pour cela que l'habitude de prendre la morphine ne peut se ranger que dans la catégorie des autres habitudes vicieuses, telles que l'abus du tabac, du jeu, des femmes, etc. Si quelques sujets neurasthéniques montrent un certain penchant pour les injections morphinées dès qu'ils en ont appris l'action, on doit l'attribuer à la nature de leur constitution, mais non à une prédisposition particulière.

Il n'est pas nécessaire de décrire ici les symptômes de l'intoxication morphinique qui varient selon les individus et selon le degré d'intoxication.

Ils sont caractérisés dans les cas graves, par la décoloration de la peau, une pâleur du visage ; la sécrétion sudorale est souvent augmentée. Les yeux ont perdu leur éclat habituel, l'expression est morne et triste. Les pupilles sont rétrécies, et quelquefois inégales.

Il existe souvent une sécheresse de la bouche et un tremblement de la langue. La constipation est habituelle. Le pouls est petit, quelquefois tendu, parfois filiforme.

Néanmoins ces symptômes n'ont rien de caractéristique, si ce n'est à une période avancée de l'intoxication. Un grand nombre de morphinomanes ne présentent du reste aucun symptôme spécial et arrivent souvent à dissimuler leurs habitudes même à des médecins.

Pichon dit qu'au point de vue étiologique on peut établir deux classes parmi les morphinomanes : ceux dont la maladie a une origine thérapeutique, et ceux où elle est d'origine passionnelle ; les morphinomanes de la deuxième catégorie se recrutent parmi les dégénérés héréditaires et les hystériques ; on en trouve un grand nombre parmi les prostituées et nous devons avouer que les médecins et leurs femmes apportent un contingent considéra-

ble à la morphinomanie, qu'elle soit d'origine thérapeutique ou passionnelle.

Au point de vue spécial qui nous occupe, nous ne nous attacherons pas à cette division.

Nous établirons simplement cette distinction : la morphinomanie n'est curable que lorsqu'elle existe chez des individus ne présentant aucune affection nécessairement mortelle ; elle n'est rapidement curable par la suppression brusque que pendant la période qui précède la cachexie.

On comprend, en effet, qu'il n'y a aucun intérêt à supprimer la morphine chez des malades atteints de carcinomes inopérables et que l'intoxication morphinique peut arriver à produire un état cachectique tellement grave qu'il est impossible d'en espérer rapidement la guérison.

Il n'y a, du reste, entre ces deux périodes aucune démarcation bien nette. Certains individus peuvent prendre pendant des années des doses quotidiennes très élevées (de 1 à 2 grammes) sans tomber dans la cachexie ; nous avons observé une malade qui a pris pendant dix-sept ans 50 centigrammes de morphine par jour sans en être incommodée. Une autre malade a pris pendant cinq ans des doses variant de 1 à 4 grammes sans que sa vie ait été sérieusement en danger.

Nos observations s'appliquent donc à des malades du type moyen prenant de 0,50 centigrammes à 2 grammes par jour et pouvant être classés parmi les morphinomanes, parce que toutes les tentatives de guérison basées sur la persuasion avaient échoué.

Nous n'entrerons pas du reste dans de plus longs détails sur la morphinomanie, notre intention étant simplement, dans ce court mémoire, d'établir ce point important qu'on peut, *sans danger*, guérir les morphinomanes, par la suppression brusque ou très rapide.

Par *suppression brusque*, nous entendons la suppression absolue et immédiate.

Par *suppression rapide*, la diminution graduelle arrivant à la suppression absolue dans l'intervalle de 4 à 8 jours.

La première ne saurait être préconisée comme une méthode thérapeutique ; il n'y a aucun intérêt, en effet, lorsqu'on peut faire autrement, à agir très rapidement. Nous avons voulu simplement établir la possibilité du fait. Voici sur quelles bases :

On sait que la passion morphinique est surtout fréquente chez les femmes, en particulier chez les prostituées qui ont souvent maille à partir avec la justice.

Toute femme qui est habituée à la morphine n'hésitera pas à commettre n'importe quel acte, même délictueux, pour se procurer le poison ; elle se prostituera, elle volera. Si le premier acte n'entraîne pas à de graves conséquences, le second conduit le plus souvent la délinquante à la prison.

J'ai eu l'occasion de soigner, il y a quinze ans, une institutrice morphinomane qui fut emprisonnée à Lyon pour vol ; elle s'était

injectée la veille 1 gramme 30 de morphine ; elle fut subitement privée de son toxique habituel et n'éprouva aucune altération grave dans sa santé. Elle ne put voir le médecin de la prison que deux jours plus tard et celui-ci ne jugea pas le cas assez grave pour ordonner de nouvelles injections. Cette femme avoua plus tard avoir été très heureuse d'une incarcération qui l'avait débarrassée de sa manie.

J'ai observé un fait semblable en 1880 chez une jeune femme morphinomane qui avait été arrêtée pour vol aux magasins du Louvre. Enfermée à Saint-Lazare, elle fut laissée sans morphine. Sa dose quotidienne était d'un gramme environ par jour. La malade, pour laquelle j'eus l'occasion de rédiger un rapport, me dit avoir beaucoup souffert, mais sa santé générale n'eut aucune atteinte grave. Elle eut d'autant plus l'occasion de se réjouir de sa courte incarcération que la morphinomanie dont elle avait été atteinte fut un prétexte pour la faire acquitter en police correctionnelle en même temps que pour la guérir de sa manie.

M. le Dr Descouts a cité un cas analogue.

Je ne multiplierai pas les cas ; mais il est évident qu'un grand nombre de morphinomanes délictueux ont été arrêtés et par ce fait guéris brusquement de leur manie. Si aujourd'hui, sous l'influence des théories émises par quelques thérapeutes français, les médecins de prisons jugent à propos de continuer l'emploi de la morphine dans certains cas, il n'en était pas ainsi autrefois. D'une façon générale il est certain que les directeurs de prison n'ont pas l'habitude de fournir de la morphine à leurs pensionnaires. Nous pouvons dans tous les cas affirmer avec certitude que les délinquants morphinomanes sont immédiatement privés du toxique en Allemagne et en Angleterre, sauf de très rares exceptions.

Ce court exposé nous permet donc d'affirmer que la suppression brusque de la morphine est possible sans compromettre la vie.

Nous avons insisté sur ce point uniquement pour démontrer la possibilité du fait et pour lutter contre l'exagération de certains thérapeutes.

Nous arrivons donc immédiatement au traitement par la *suppression rapide*, également considérée comme *dangereuse* pour le plus grand nombre des médecins français.

Non seulement la suppression rapide est possible, mais elle constitue, à notre avis, la seule méthode rationnelle de traitement dans les cas moyens et chez les malades qui ne présentent aucune altération organique grave. Nous faisons exception seulement pour ceux atteints d'asthme, de phtisie, d'ataxie locomotrice ou de lésions cardiaques et pulmonaires bien constatées.

La méthode consiste, nous l'avons dit, à supprimer brusquement le toxique. Mais comment arriver à ce résultat chez des individus neurasthéniques, malades d'esprit et de corps et qui ont été entretenus dans cette déplorable idée que la suppression de la morphine donne lieu à des accidents d'une extrême gravité ?

Comment y arriver surtout en France, où il n'existe pas d'établissements spécialement affectés à cette intoxication ?

Nous devons le reconnaître, le premier point à obtenir, sinon le plus difficile, est la séquestration obligatoire ou volontaire du morphinomane.

La plupart des observations qui nous sont personnelles ont été recueillies chez des malades dont la surexcitation et l'état mental avaient nécessité l'internement « légal » ; mais cet internement n'est possible que dans certains cas et c'est un des écueils les plus graves que rencontre le traitement de la morphinomanie en France. Si les malades veulent tous guérir, aucun ne veut accepter la séquestration, non seulement parce qu'ils redoutent « les terribles souffrances » dont on leur a parlé, mais parce qu'une sorte de casier judiciaire accompagne toujours l'individu qui a été interné.

Il y a là une question subsidiaire que nous ne pouvons traiter ici. Nous nous contenterons d'exprimer l'opinion qu'il n'existerait plus de morphinomanes, s'il était possible de les séquestrer. Nous n'aurions plus à entendre ces sempiternelles jérémiades d'individus qui se plaignent d'une affection qu'il ne dépend que d'eux de faire disparaître.

Huit jours d'internement dans un asile, dans une maison spéciale, font plus de bien au morphinomane qu'une année de patience et de soins attentifs.

Dans la suppression brusque, les symptômes les plus pénibles sont surmontés au bout de 2 ou 3 jours, tandis que dans la suppression lente les malades souffrent des semaines entières sans qu'un seul des symptômes leur soit épargné. Levinstein dit que la chirurgie et la gynécologie nous enseignent que l'organisme supporte en général des assauts brusques et vigoureux, alors même qu'ils agissent avec la dernière violence, plus facilement que lorsqu'on les fait traîner en longueur. Le temps très long qu'exige le traitement graduel met bien plus à contribution les forces physiques et morales, car chaque nouvelle dose plus petite que celle de la précédente provoque de nouveaux phénomènes de réaction. Cet auteur ajoute : « La crainte continuelle dans laquelle vivent les malades de recevoir le jour suivant une plus faible dose de morphine les rend plus agités et plus excitables, leur volonté pour la terminaison de la cure et leur énergie diminuent et ils cherchent à s'y soustraire. » C'est alors, ainsi que le démontrent les observateurs, que les malades simulent la souffrance, tâchent d'exciter la compassion de leur entourage et bientôt ils perdent confiance en eux-mêmes aussi bien que dans leur médecin.

Si l'autorité du médecin diminue ou si sa fermeté fléchit, il sera impossible de mener la cure par suppression graduelle à bonne fin. C'est justement le contraire qui arrive par suppression brusque. Comme nous avons annoncé plus haut, les symptômes graves disparaissent au bout de peu de jours, et l'amélioration se ma-

nifeste de bonne heure, ce qui augmente, dans la même proportion, la confiance des malades dans leur médecin; ils prennent courage et ils ont foi en leur prochaine guérison ; de sorte qu'ils se soumettent facilement aux observations de leur entourage. Voilà les principaux motifs qui nous font préconiser la suppression brusque.

A l'appui de notre assertion nous avons recueilli un nombre considérable d'observations. La plus remarquable est celle de Madame D..., dont nous donnons un court résumé :

Mme D..., âgée de 39 ans, mère de deux enfants, est devenue morphinomane par le mauvais exemple de son mari, morphinomane lui-même.

D'un naturel exalté, cette malade ne tarda pas à s'injecter chaque jour des doses considérables de morphine, de 75 centig. à 1.50 par jour.

Appartenant à une famille riche, elle fut l'objet des soins les plus assidus. On consulta plusieurs sommités médicales de Paris, aucun d'eux n'a prescrit l'internement et l'on tenta pendant plusieurs années sans succès la guérison par la diminution graduelle.

En 1885, selon les indications d'un médecin allemand, le Dr Lutaud conseilla les injections de cocaïne pour combattre l'action de la morphine et le séjour dans une petite station du midi, où une surveillance pourrait être utilement exercée. L'effet de cette médication ne fut pas heureux. On arriva à réduire la dose quotidienne de morphine à cinquante centigrammes, mais la cocaïne augmenta l'excitation et donna lieu à des phénomènes délirants. Au commencement de 1884, l'excitation était telle qu'on dut ramener la malade à Paris et l'interner dans une maison d'aliénés.

Après une consultation de MM. Motet, Legrand du Saulle et Lutaud, l'internement fut maintenu et la suppression brusque de la morphine fut appliquée.

Huit jours après sa séquestration, la malade ne prenait plus de morphine et ne présentait plus aucun phénomène morbide.

La suppression brusque de la morphine n'avait donné lieu à aucune complication.

Après avoir été maintenue en surveillance pendant quelques semaines, cette malade fut rendue à sa famille complètement guérie de la morphinomanie ; elle n'en resta pas moins fort excitée et présenta des sympômes graves d'hystérie. Elle redevint morphinomane deux ans plus tard et la famille n'ayant pas voulu consentir à un nouvel internement, elle mourut assassinée en 1893.

Nous avons pu réunir plus de 30 observations dans lesquelles la suppression brusque de la morphine a produit la guérison sans aucun symptôme grave.

Nous attendons encore des faits authentiques démontrant que cette suppression puisse produire les dangers qu'on se plaît à énumérer dans quelques-uns de nos livres classiques.

Nous croyons donc pouvoir conclure que la morphinomanie qu'elle soit d'origine thérapeutique ou passionnelle, doit toujours être combattue par la suppression rapide dans un asile ou une maison de santé. Toutes les méthodes par suppression graduelle aug-

mentent la névrose et l'irritation nerveuse et donnent le plus souvent lieu à d'amères désillusions.

Nous publierons dans un prochain travail des observations se rapportant à l'action spéciale de la morphine sur l'appareil utérin.

Voici le premier point que je voulais traiter ; le deuxième, qui est un fait d'observation, sera développé dans une prochaine séance. En attendant, je voudrais demander à mes collègues, leur appréciation sur cette question.

REVUE DES LIVRES

—

Léon Gambetta, par le Dr J.-V. Laborde. Paris, Schleicher frères, Editeurs.

Le Dr Laborde, condisciple et ami de Gambetta, était tout désigné par sa compétence incontestée en physiologie et en anthropologie pour nous donner une étude complète et intéressante sur la vie, la psychologie et la mort du grand citoyen dont la France déplore encore la perte.

Sans nul doute, Gambetta fait partie de cette phalange d'esprits supérieurs, d'hommes de talent dont l'étude biographique et psychologique est du plus grand intérêt scientifique. L'étude du Dr Laborde comporte trois parties : 1° étude biographique ; 2° étude psychologique ; 3° maladie et mort, et enfin autopsie.

L'étude biographique a pour but non seulement de mieux nous faire connaître l'homme dans ses antécédents et dans son évolution, mais aussi de redresser certaines erreurs et de détruire certaines légendes.

Dans les antécédents héréditaires, il n'y a à retenir que l'origine italienne du côté paternel, origine qui peut-être expliquerait la finesse diplomatique et les dons expansifs et chaleureux du tempérament.

Né de parents intelligents, tout jeune, ses aptitudes intellectuelles le firent remarquer. Placé au séminaire de Montfaucon, il s'en fit renvoyer et alla ensuite au lycée de Cahors achever ses études. A huit ans, un éclat métallique lui perfore la cornée de l'œil droit et provoque chez lui une iridochoroïde glaucomateuse avec lagopthalmos, ou protrusion de l'œil, qui nécessita plus tard l'énucléation du globe oculaire. C'est ainsi que se trouve détruite la légende de Gambetta se crevant lui-même un œil pour éviter le grand séminaire. Au lycée, élève brillant, il se montra avant tout un irrégulier, il travaille juste ce qu'il faut pour se tenir au niveau de sa classe et se livre avec passion aux lectures de contrebande

surtout aux lectures des grands orateurs vers lesquels il se sentait déjà attiré.

A Paris, « il mena cette vie d'étudiant dans laquelle, à travers l'insouciance, les irrégularités apparentes, cette sorte de débraillé, qui étaient le fond de son tempérament et de son goût quelque peu bohème, il ne perdit jamais de vue ses objectifs de prédilection, avec l'avidité insatiable de savoir et de connaître, basée sur la lecture à outrance, l'observation et la fréquentation de tout et de tous, hommes de science et de lettres, artistes, poètes, hommes politiques. »

L'étude psychologique comprend l'étude de la mémoire, de la volonté et de la conscience de sa force, de la faculté et du pouvoir d'assimilation et la fonction de la parole. Gambetta possédait une mémoire d'une incroyable puissance, mémoire auditive et visuelle, car il pouvait avec la même facilité répéter un cours qu'il venait d'entendre ou un discours qu'il venait de lire. Le Dr Laborde raconte, à ce propos, d'intéressantes anecdotes où il nous le montre successivement émerveillant l'inspecteur général Alexandre, en lui récitant et lui traduisant de mémoire des passages des auteurs grecs ; plus tard, enthousiasmant ses amis en leur déclamant les Olynthiennes de Démosthène ou la Banqueroute de Mirabeau.

Des lettres inédites adressées à son ami le Dr Fieuzal en 1869, montrent combien était ferme, en lui, la volonté « résultante et composante des facultés psychiques ». Dans ses curieuses lettres, en effet, apparaît une foi robuste, superbe, inébranlable en sa destinée, en son rôle et en *sa force*. Cette force, cette puissance « issues d'un fonctionnement cérébral supérieur, exceptionnel », se sont exercées dans la suite dans les situations et les événements politiques de toutes sortes.

Le pouvoir d'assimilation existait chez Gambetta à un très haut degré : il se familiarisa en très peu de temps avec les notions abstraites qui constituent la base de la science financière, économique et budgétaire; quelques conversations avec des hommes d'une compétence spéciale, lui suffisaient et lui permettaient de traiter avec eux les questions les plus ardues. Cette rapidité d'assimilation se manifestait également pour les sciences pures ; il aimait à fréquenter les laboratoires et les cours des écoles.

C'est surtout dans la faculté de la parole, qu'il posséda à un degré exceptionnellement supérieur, que Gambetta puisa et trouva le véritable instrument de son activité et de sa puissance ; il était le type du « moteur verbal ». Le Dr Laborde recherche « le procédé physique prédominant du parleur » et le trouve dans la mémoire visuelle très développée dans son sujet. Jamais, cependant, il n'a écrit à l'avance ses discours, ni même tracé des notes préparatoires ; toutefois, dans un discours prononcé sous le régime du 16 mai, il avait devant lui un petit papier carré divisé en 4 compartiments avec les chiffres 1, 2, 3, 4, accompagnés de quelques hiéroglyphes. Le complément approprié du langage, le geste et

la mimique étaient, chez lui, des dons naturels perfectionnés par l'étude.

Le sens artistique en matière de peinture était très développé chez Gambetta ; mais, chose curieuse chez un orateur qui excellait dans le rythme cadencé, harmonieux, véritablement musical des mots et des phrases, le sens musical était totalement absent : à tout instrument de musique, il préférait le tambour.

Dans une seconde partie, le Dr Laborde raconte minutieusement l'accident arrivé à Gambetta, perforation de la main par une balle de revolver ; il analyse, jour par jour, les différents symptômes de la maladie gastro-intestinale qui suivit cette blessure presque sans interruption. De cette observation minutieuse, il ressort que Gambetta, au moment de sa blessure, jouissait d'une bonne santé, à l'exception de troubles dus à l'atonie gastro-intestinale et une tendance à la constipation. Pas de diabète, pas d'albuminurie, pas d'alcoolisme antérieur, mais à l'occasion de sa blessure, il se produisit des phénomènes de stase dans la région intestinale de prédilection, puis un travail ulcératif provoque la perforation de l'appendice iléo-cœcal ; un foyer purulent se forme dans le voisinage et il se produisit de la résorption purulente consécutive, pyohémie compliquée d'accidents terminaux de péritonite subaiguë. Cette observation médicale prise au jour le jour et confirmée par l'autopsie met fin à toutes les légendes qui s'étaient créées autour de la mort de Gambetta.

L'examen du cerveau fut du plus grand intérêt et mit au jour deux particularités : le poids du cerveau préalablement injecté avec une solution au sulfate de zinc, fut de 1160 gr. ; après les rectifications convenables, il fut présumé égal à 1246 gr., poids encore inférieur à la moyenne.

Mais au point de vue des circonvolutions cérébrales qui forment le véritable substratum organique des fonctions intellectuelles, un examen superficiel fait constater la finesse, la délicatesse remarquables, exceptionnelles des plicatures et des méandres des hémisphères. Le Dr Mathias Duval a pu dire que c'était « un cerveau beau, en ce que ses plis, malgré leur complexité, présentent dans leur disposition une régularité en quelque sorte schématique ».

Enfin, ce cerveau présentait un type de développement extrême de la troisième circonvolution frontale, dont le cap était dédoublé, contrairement à ce qui s'observe à l'état normal.

De sorte que M. Laborde peut dire que « Gambetta aura rendu à la France le service inappréciable d'avoir fourni la démonsration d'une vérité physiologique rationnellement et logiquement pressentie, mais qui n'avait pas reçu encore de démonstrations positives, savoir : que la fonction fait l'organe avec une évolution progressive et un perfectionnement proportionnel et pour ainsi dire adéquat au fonctionnement lui-même ».

Cette étude de la localisation de la parole constitue en réalité la base, la visée essentielle du travail du Dr Laborde. Tout un chapitre

est consacré à l'étude du langage articulé, et à sa localisation organique; un autre s'occupe spécialement de la troisième circonvolution frontale et de son développement.

Des explications précises, des figures claires rendent très compréhensibles des notions souvent ardues.

A coté de ces recherches cliniques et nécropsiques qui ont fixé d'une façon définitive les causes de la mort de Gambetta et les relations étroites qui unissaient la fonction et l'organe, le Dr Laborde a tenté de reconstituer après coup une étude psychologique d'un homme à supériorité intellectuelle évidente ; il a tenté d'apporter à cette étude les méthodes rigoureuses d'analyse déjà employées par le Dr Toulouse, mais il faut avouer que, malgré tout l'intérêt des souvenirs personnels du Dr Laborde, il manque la rigueur de l'examen psychologique direct. On regrette de ne pas avoir quelques détails sur la vie intime de son illustre ami, une analyse plus minutieuse encore de la mémoire et quelques données positives sur la prédominance de telle modalité de la mémoire sur telle autre.

Quoi qu'il en soit, le livre du Dr Laborde est du plus grand intérêt scientifique, le souffle patriotique qui l'anime, l'admiration affectueuse qu'il montre, en rendent la lecture attachante.

A. Vigouroux.

ANALYSES

ÉQUIVALENTS DÉLIRANTS DES ACCÈS CONVULSIFS CHEZ UNE ÉPILEPTIQUE,

Par MM. Toulouse et Marchand.

(*Communication à la Société de Biologie*, 7 janvier 1899.)

On a considéré certains délires épileptiques comme équivalents des accès convulsifs. Le cas d'une malade, observée dans le service de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif, est de nature à confirmer cette opinion. Il s'agit d'une femme Eyg..., âgée de trente-six ans, qui a des accès épileptiques convulsifs depuis l'âge de huit ans.

Les accès se manifestent par des symptômes ordinaires (aura consistant en une sensation d'étouffement avec tremblement, chute, morsure de la langue, écume, convulsions toniques et cloniques urination involontaire, amnésie consécutive, le tout évoluant en une minute environ). Concurremment avec ses accès convulsifs elle a, depuis neuf ans environ, des périodes délirantes qui présentent les caractères principaux des délires épileptiques, c'est-à-dire la répétition des mêmes actes et des mêmes paroles et l'amnésie consécutive, laquelle n'est pas absolue.

Mais le fait intéressant que nous relevons dans l'observation de

cette malade, c'est l'absence des accès pendant les périodes de délire. Cette malade a eu, depuis le 13 juillet 1897, douze périodes de lucidité alternant avec douze périodes de délire. Les périodes de lucidité ont toujours été beaucoup plus longues (trente-cinq jours en moyenne) que les périodes d'agitation (neuf jours en moyenne).

Le tableau suivant donne des détails sur ces différentes périodes :

DATES DES PÉRIODES		DURÉE DES PÉRIODES		ACCÈS durant les PÉRIODES	
de lucidité.	de délire.	de lucidité.	de délire.	de lucidité.	de délire.
—	—	—	—	—	—
13 juil. au 27 août 97 exclus.		45 jours.	»	18 accès.	»
	27 août au 7 sept. exclus.	»	11 jours.	»	0 accès.
7 septembre au 6 décembre		90 jours.	»	27 accès.	»
	6 déc. au 16 déc.	»	10 jours.	»	0 accès.
16 déc. au 23 janv. 1898.		38 jours.	»	18 accès.	»
	23 janvier au 1er février.	»	9 jours.	»	0 accès.
1er février au 23 février.		22 jours.	»	14 accès.	»
	23 février au 10 mars.	»	15 jours.	»	0 accès.
10 mars au 1er avril.		22 jours.	»	8 accès.	»
	1er avril au 12 avril.	»	11 jours.	»	0 accès.
12 avril au 11 mai.		29 jours.	»	8 accès.	»
	11 mai au 21 mai.	»	10 jours.	»	0 accès.
21 mai au 8 juin.		18 jours.	»	7 accès.	»
	8 juin au 21 juin.	»	13 jours.	»	0 accès.
21 juin au 21 juillet.		30 jours.	»	7 accès.	»
	21 juillet au 28 juillet.	»	7 jours.	»	0 accès.
28 juillet au 29 août.		32 jours.	»	12 accès	»
	29 août au 3 septembre.	»	5 jours.	»	0 accès.
3 septembre au 8 octobre.		35 jours.	»	21 accès.	»
	8 octobre au 18 octobre.	»	10 jours.	»	0 accès.
18 octobre au 25 novembre.		38 jours.	»	14 accès.	»
	25 nov. au 1er décembre.	»	6 jours.	»	0 accès.
1er décembre au 13 décemb.		12 jours.	»	9 accès.	»
	13 déc. au 15 déc.	»	2 jours.	»	0 accès.
	Totaux.....	411 jours.	109 jours.	163 accès.	0 accès.
	Moyennes.....	35 jours.	9 jours.	13 accès.	0 accès.

Il n'y a jamais eu d'accès convulsifs au cours des périodes délirantes. Ceux-ci sont plus nombreux quelques jours avant l'ap-

parition du délire. Ces faits semblent bien prouver que ces délires, qu'ils soient ou non causés par les crises convulsives, sont ses équivalents, puisque les accès ne se montrent jamais dans les périodes délirantes.

Un cas de paralysie générale précoce, par le Professeur RAYMOND.

(*Indépendance médicale*, 1890.)

. Il s'agit d'une petite fille, âgée de 15 ans.

Comme antécédents héréditaires, elle a eu un père grand alcoolique qui, à l'âge de 35 ans, a présenté des convulsions épileptiformes. A la suite d'une de ces attaques, il fut atteint d'une hémiplégie droite avec aphasie qui ne dura que quelques semaines. Une seconde attaque d'hémiplégie demeura permanente. Mort à 43 ans. Cette seconde attaque semble plaider contre l'alcoolisme : on peut dès à présent se demander s'il ne s'agit pas de syphilis. — La mère était une nerveuse ; elle présenta pendant longtemps de l'incontinence d'urine. Pour ses enfants, on note de la polymortalité dans le bas âge.

Comme antécédents personnels, la malade fut chétive jusqu'à l'âge de cinq ans. Ophtalmie à sept ans, qui a laissé des traces permettant de aire le diagnostic rétrospectif. — L'intelligence était excellente quand tout d'un coup celle-ci faiblit ; la mémoire s'en va, le caractère devient sombre ; l'écriture devient tremblée : elle oublie des mots, des lettres ; la marche n'est pas assurée, les réflexes sont exagérés ; elle présente une inégalité pupillaire et du nystagmus permanent. A l'examen du fond de l'œil, on note une choroïdo-rétinite double permettant de conclure à la nature syphilitique de son ophtalmie antérieure. Certains compartiments de la mémoire persistent : par exemple ce qui a trait à ses sentiments affectifs. Elle présente ensuite des attaques d'épilepsie, l'affaiblissement de la mémoire s'accentue ; elle vit d'une vie végétative. Elle meurt d'une broncho-pneumonie.

Autopsie.— Examen microscopique du cerveau ; on note une atrophie générale portant sur tous les lobes et une méningite totale. En le décortiquant, on arrache du tissu nerveux qui semble coïncider avec le réseau des vaisseaux venus des méninges. On note alors une série de productions jaunâtres à la surface, et dans l'épaisseur de la substance grise exclusivement.

Examen microscopique : la méningite a le type de la méningite scléreuse. Les fibrilles conjonctives sont de plus en plus épaisses à mesure qu'on se rapproche de la base. Les petits corps jaunes sont formés d'une coque fibreuse dont le contenu est calcifié, quelquefois ossifié. Ce sont là des gommes syphilitiques déjà anciennes. Sur différentes coupes des circonvolutions, on note une démyélinisation et une disparition des fibres radiaires et des fibres tangentielles. Les cellules elles-mêmes sont peu atteintes.

D'après cette observation, l'origine de la maladie est nettement syphilitique. Il s'agit d'un cas pur de tout alliage, d'une paralysie générale chez un sujet jeune qui n'a pas encore eu le temps de subir toutes les influences qu'on donne comme causes de cette affection (artériosclérose, tabac, surmenage).

L. M.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 janvier 1899

Descendance des paralytiques généraux.

M. Arnaud. — L'importante question de la descendance des paralytiques généraux, soulevée par M.M. Vallon et Ballet, dans une des dernières séances, me semble mériter de retenir l'attention de la Société. Elle est étroitement liée à la question du rôle de l'hérédité dans la genèse de la paralysie générale, mais on peut essayer de la résoudre sans rouvrir l'interminable discussion des théories étiologiques. Il suffit de rappeler les faits principaux qui ont donné naissance à ces théories.

Les aliénistes du commencement du siècle considéraient l'*hérédité vésanique* comme une des causes de la paralysie générale. Un peu plus tard, Aubanel, Baillarger et Lunier tendaient à reconnaître une influence prépondérante à l'*hérédité congestive*. Morel réduisit encore l'importance de l'hérédité vésanique. Après lui, quelques auteurs, notamment Doutrebente, Ball et Régis, sont allés beaucoup plus loin, et ils ont soutenu que l'hérédité vésanique n'avait aucune action sur le développement de la paralysie générale, que cette dernière devait être exclue du cadre des folies. Dans les cas assez nombreux où l'on constate de l'hérédité vésanique chez les paralytiques, ces auteurs pensaient qu'il y avait là une simple coincidence et non point un rapport de cause à effet. A côté de l'hérédité congestive, ils faisaient une place à l'hérédité arthritique.

Cette manière de voir n'a pas été acceptée unanimement, tant s'en faut. Je rappellerai qu'en 1878, Lionnet, dans une thèse faite sous l'inspiration de M. J. Falret, décrivait une variété de paralysie générale « d'origine vésanique ». A. Foville et M. Christian disent que le rôle étiologique des vésanies dans la paralysie générale est démontré par les faits et qu'il n'y a pas lieu de supposer une étiologie spéciale. Dagonet, Cullerre, A. Voisin, Schüle, Krafft-Ebing, Déjerine, Féré, etc., admettent aussi la parenté de la paralysie générale avec les vésanies et les névroses. On me permettra de rappeler qu'en 1888, j'ai relevé dans ma thèse les antécédents de 60 paralytiques généraux et que j'ai trouvé 18 fois, c'est-à-dire dans 30 % des cas, des tares héréditaires vésaniques ou névropathiques. Ces 18 familles avaient fourni 29 aliénés vésaniques. Dernièrement (1897), M. Béchet a soutenu une thèse sur les « conditions biologiques des familles des paralytiques généraux », et il arrive à cette conclusion que l'hérédité vésanique est un important facteur étiologique de la paralysie générale. M. Vallon, vous le savez, a soutenu à plusieurs reprises une opinion semblable.

Mais, quelles que soient leurs préférences sur la question de l'hérédité, les auteurs ne la considèrent que comme une cause prédisposante. Les causes déterminantes incriminées autrefois étaient assez vagues : émotions, chagrins surmenage intellectuel, alcoolisme, excès de tout genre, traumatismes craniens, etc. Aujourd'hui, l'opinion dominante est que la paralysie générale a pour causes prédisposantes l'hérédité sous diverses formes et pour cause déterminante une infection ou une intoxication, au premier rang desquelles figure la syphilis.

Ce n'est pas ici le lieu, je le répète, de discuter ces diverses opinions. Retenons seulement les faits, et voyons quelles déductions on en peut tirer relativement à la descendance des paralytiques.

En fait, on ne peut nier que des tares vésaniques se rencontrent assez souvent dans les antécédents héréditaires de ces malades. On le nie si peu que les adversaires les plus déclarés de cette influence étiologique admettent que la vésanie héréditaire modifie la marche et l'évolution de la paralysie générale, qu'ils décrivent une *paralysie générale chez les héréditaires*. Par conséquent, le paralytique est susceptible de transmettre à ses enfants les tares vésaniques qu'il tient de ses ascendants, alors même que ces tares n'ont été pour rien dans la genèse de sa propre maladie. On peut dire la même chose des hérédités arthritique, alcoolique ou congestive.

Une première conclusion se dégage donc des faits, abstraction faite de toute théorie : le paralytique général peut, *de par son hérédité*, être un danger pour ses enfants. Il l'est d'abord et surtout dans le jeune âge (dystrophies, arrêts de développement, paralysie infantile, etc.). Il l'est encore à l'âge mûr, qui est précisément l'époque d'apparition de la paralysie générale et des accidents congestifs de diverse nature.

D'autre part, et indépendamment encore de toute interprétation pathogénique, c'est un fait que la syphilis se rencontre avec une extrême fréquence dans les antécédents personnels des paralytiques généraux. Deuxième conclusion : leurs enfants sont donc exposés, tout comme les descendants d'un syphilitique banal, à toutes les manifestations de l'hérédo-syphilis.

Maintenant, les faits sont-ils en rapport avec ces données ! M. Vallon le pense, et il soutient que ces malades transmettent souvent à leurs enfants des affections purement *vésaniques ou nerveuses*, aussi bien que des maladies cérébrales organiques. M. Ballet, au contraire, juge cette opinion fausse et dangereuse. Il nous a dit qu'il préférerait comme mari de sa fille, au fils d'un simple original, le fils d'un paralytique général, pourvu toutefois qu'il fût né avant l'éclosion de la madie du père.

Il me semble qu'ainsi présentée l'opinion de M. Ballet n'exclut pas nécessairement l'influence nocive de la paralysie générale sur la descendance. Son point de vue n'embrasse pas toutes les alternatives de cette question très complexe, car il supprime d'abord le grand groupe des affections cérébrales relevant de la syphilis héréditaire. Il est certain qu'à l'âge du mariage on peut être considéré comme hors des atteintes de l'hérédo-syphilis, pour étendu que soit le domaine de la syphilis héréditaire tardive. Le cas choisi par M. Ballet supprime également les nombreuses maladies nerveuses de l'enfance imputables à l'hérédité vésanique, alcoolique ou congestive, etc.

Les choses sont beaucoup moins simples quand il s'agit de se prononcer sur l'avenir de *tout jeunes enfants*, et c'est le cas ordinaire, étant donné l'âge où se montre la paralysie générale. J'avoue que, dans ce cas, je n'oserais pas me montrer aussi optimiste qu'a paru l'être M. Ballet, et que, pour donner une réponse autorisée, je voudrais connaître exactement les antécédents héréditaires et personnels du malade, je voudrais aussi examiner les enfants en cause.

La question ne comporte pas une réponse générale. Au lieu de considérer les paralytiques en bloc, il est indispensable de les distinguer par catégories, suivant leurs antécédents héréditaires et personnels.

Il faut encore s'assurer si les enfants présentent ou non des stigmates de nature à laisser préjuger de leur avenir. En somme, c'est là *une question d'espèces*, et les règles générales ne peuvent être utilisées pour les cas particuliers qu'avec une grande prudence.

Si M. Ballet applique les conclusions qu'il a exposées à l'ensemble des enfants de paralytiques, je pense qu'il pousse un peu loin l'optimisme. Et, cependant, je ne serais pas aussi pessimiste que M. Vallon. D'après ce que j'ai vu, d'après les enseignements de l'expérience de M. Falret, il me parait incontestable que les descendants des paralytiques généraux sont moins atteints de *tares mentales*, c'est-à-dire vésaniques ou névropathiques que les descendants des autres aliénés. Notre manière de voir repose principalement sur l'idée que pour faire la paralysie générale des adultes, les influences héréditaires, quelles qu'elles soient, ne suffisent pas ; il y faut encore des tares acquises et personnelles, donc ordinairement évitables. Ces tares personnelles étant infiniment plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, on peut et on doit se montrer plus optimiste s'il s'agit de filles de paralytiques.

Mais enfin, tout cela manque un peu de l'appui des faits, nous n'avons pas à cet égard des statistiques probantes. Il serait, je pense, d'une grande utilité que la Société examinât avec quelques détails cette question qui a une grosse importance pratique. Je serais très heureux, quant à moi, de voir nos collègues nous apporter de nouveaux éléments d'appréciation et nous fournir ainsi les moyens de juger autrement que d'après des *impressions personnelles* un peu vagues et, partant suspectes.

LIVRES REÇUS

MAURICE DE FLEURY. — *L'Ame du criminel.* 1 vol. de 200 p., de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, 1898. Félix Alcan. 2 fr. 50.

EUGÈNE FRANÇOIS. — *Etude sur la lypémanie anxieuse.* Aperçu historique, séméiologie, étiologie, et pathogénie. Traitement, considérations sur les asiles d'aliénés. Th. Paris, 1898. G. Carré et Naud.

— *Bulletin de l'Institut international de Bibliographie*, 3e année, 1898. 1 vol., 173 p. Bruxelles, au siège de l'Institut, 1, rue du Musée.

THIBIERGE. — *Myxœdème*, n° 12 de l'Œuvre médico-chirurgicale. (D Critzmann, directeur). 1 brochure gr. in-8°. (Masson et Cie, éditeurs.) 1 fr. 25.

PICQUÉ. — *Que doit-on entendre par psychoses post-opératoire ?* (Extrait du *Bulletin médical* du 14 sept. 1898.)

TATY ET JACQUIN. — *Maladie du jeune chien. Paralysie infantile et chorée. Lésions microbiennes du système nerveux central.* (Extrait des mémoires et comptes-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.)

BINET-SANGLÉ. — *L'Anthropologie surnormale*, définition et méthode. Extrait de la *Chronique médicale* du 15 octobre et 1er novembre 1898

LE FILLIATRE. — *Observation d'un cas de paralysie diphthérique survenue un mois après la sérumthérapie.* (Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 23 avril 1896.)

LE FILLIATRE. — *Ostéomyélite à bacille d'Eberth survenue vingt et un mois*

après une fièvre typhoïde. Guérison à la suite d'une large ostéotomie. (Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 novembre 1898).

LASNIÉE. — *Formulaire de la quinzaine médicale. Recueil de formules nouvelles, de médicaments nouveaux et de traitements nouveaux.* 1 vol. 415 pages. (1899.) Bureaux du Journal : *La quinzaine médicale.* Paris, 12, rue Chevreul.

HOUEIX DE LA BROUSSE. — *De la scoliose hystérique.* Thèse de Bordeaux, 1898.

A. CULLERRE. — *Hépatisme et psychoses.* (Extr. *Archives de Neurologie.* 1898, n° 35. Prog. Méd.)

MARAGE. — *Utilité d'un massage physiologique de l'oreille dans certaines formes de surdité.* Appareil présenté à la Société de Biologie, le 9 janvier 1897. Br. (Masson.)

MARAGE. — *Les exercices acoustiques chez les sourds-muets.* 1898. Br. (Crété.)

MARAGE. — *Contribution à l'étude des voyelles par la photographie des flammes manométriques.* Extr. (*Archives de laryngologie.*) 1898. (Masson.)

ENRICO FERRI. — *La Justice pénale. Son évolution. — Ses défauts. — Son avenir.* Résumé du cours de sociologie criminelle fait à l'institut des Hautes-Etudes de l'Université Nouvelle. 1898. Br. 83 p. Bruxelles. Veuve Ferdinand Larcier, éditeur, 26, rue des Minimes.

LE DANTEC. — *Evolution individuelle et hérédité. Théorie de la variation quantitative.* Vol. de la Bibliothèque scientifique internationale. 308 p. Alcan. 6 fr.

JEAN LECLERC. — *Les traitements actuels du tabes.* Thèse Paris 1898. 215 p. et 135 figures. Baillière.

L'ABBÉ PIAT. — *Destinée de l'homme.* 1 vol. in-8° 244 p. de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. 5 fr. Félix Alcan.

PAOLO FUNAIOLI. — *Contributo allo studio della microcefalia pura.* Siena.

Mlle GEORGETTE DÉGA, docteur en médecine. — *Essai sur la cure préventive de l'hystérie féminine par l'éducation.* 1 vol. in-8°. 3 fr. Paris. Alcan.

ED. TOULOUSE. — *Rapport* au nom de la sous-commission chargée d'étudier *l'Assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse*, 1898.

L. MANOUVRIER. — *Le cerveau d'un sourd-muet.* (Extrait des bulletins de la Société d'antropologie de Paris.)

DE BOECK. — *De l'influence des Boissons alcooliques sur le travail psychique.* — Conférence donnée au 6e congrès contre l'abus des boissons alcooliques, 1898. Br. in-8°, 21 p. Bruxelles 1898, Secrétariat général du 6e Congrès.

DALLEMAGNE. — *Pathologie de la Volonté* (Encyclopédie Scientifique des aide-mémoire), in-8°, 192 p. Paris, Masson, 2 fr. 50.

J. PANTALONI (de Marseille). — *Trois cas d'émasculation totale pour cancer de la verge.* (Tiré à part des *Archives provinciales de Chirurgie* n° 10, octobre 1898. Avec deux photograv. à la demi-teinte et 2 au trait. (Broch.)

M. DOYEN. — *Sur l'Angiotripsie* (Ex. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*), 10 octobre 1898. Broch.

RAYMOND et PIERRE JANET. — *Névroses et idées fixes.* II, Fragments des leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement. 1 vol. in-8°. 559 p.

RAYMOND. — *Clinique des maladies du système nerveux*, 3e serie, 1898. Hospice de la Salpêtrière, années 1896-97.

KRAFFT-EBING. — *Traité Clinique de psychiatrie*. Traduit sur la 5e édition allemande, par le Dr Emile Laurent 1897, in-8°, 758 p.

Bulletin de l'Institut Bibliographique, 1 vol. 273 p.

LE FILLIATRE. — *Observation d'un cas de paralysie diphtéritique survenu un mois après la sérumthérapie*. (Extr. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 23 avril 1896.)

MALLY. — *Paralysie périphérique d'origine traumatique. Troubles réflexes concomitants*. Diagnostic et traitement par l'électricité. (Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 10 juillet 1898.) Brochure Masson.

JOANNY ROUX. — *Psychologie de l'instinct sexuel*, 1 vol. in-16 carré de 96 pages, avec figure, cartonné 1.50. Baillière.

J. GRASSET. — *Leçons de clinique médicale* faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, novembre 1895 à mars 1898. 1 volume in-8° de 826 pages avec 20 planches dont 10 en couleur et 6 en phototypie, Montpellier, Camille Coulet, libraire-éditeur. Paris, Masson, 15 fr.

A. BINET. — *L'année psychologique*. Quatrième année 1898. 1 volume in-8° de 849 pages. Paris, Schleicher, 15 fr.

J.-V. LABORDE. — *Léon Gambetta*. Biographie psychologique. Le Cerveau. — La Parole. — La Fonction et l'organe. — Histoire authentique de la maladie et de la mort. 1vol. in-8° de 162 pages avec des documents inédits et dix gravures dont cinq hors texte. Paris, 1898. Schleicher.

A. PITRES. — *L'Aphasie amnésique et ses variétés cliniques*. Leçons faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, 1898. — Br. 94 p.

G. TARDE. — *Les Lois Sociales. Esquisse d'une Sociologie*. Paris, 1898, in-8° 172 p.

P. HARTENBERG. — *Essai d'une Psychologie de la Suggestion*. (Ext. de la « Revue de Psychologie clinique et thérapeutique ». Juillet 1898.)

La Revue socialiste, fondée en 1885 par Benoit MALON. — Dirigée par Gustave ROUANET, 78, passage Choiseul, PARIS.

SOMMAIRE DE LA LIVRAISON DU 15 FÉVRIER 1899 (n° 170)

La Famine en Russie en 1898 (Léon TOLSTOI.) — *Une réforme ouvrière* (La loi du 27 décembre 1890 sur la rupture du contrat de louage et son application). (Maurice CHARNAIS.) — *Une nouvelle Théorie du profit de la production capitaliste*. (Luigi EINAUDI). — *La vertu récompensée*. (Léon PARSONS.) — *Juifs de Russie*. (Mme H-J. PHALIPPOU). — *La crise de l'Enseignement*. (Paul BUQUET.) — *Revue philosophique*. (Discussion : Fouillée et Fournière) (Eugène FOURNIÈRE.) — *Revue économique*. (Du danger et de l'avenir des syndicats agricoles). (Gustave ROUANET.) — *Le Mouvement social en Angleterre*. (Jules MAGNY. — *Revue des livres*. ROUANET. — VEBER. — FOURNIÈRE.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

NEUROLOGIE

—

LES PARALYSIES GÉNÉRALES PROGRESSIVES D'APRÈS M. KLIPPEL,

Par F. Pactet,
Médecin de l'asile de Villejuif.

M. Klippel a fait paraître dernièrement un travail d'ensemble sur la paralysie générale (1) où il a réuni les idées qu'il avait exposées dans de nombreux mémoires antérieurs, concernant cette maladie.

Le tableau qu'il trace de la paralysie générale répond aux découvertes récentes de la pathologie. Une analyse minutieuse des lésions histologiques des centres nerveux et des viscères lui a permis de distinguer dans ceux-ci des groupes de lésions d'origine et de valeur différentes et comportant par suite un enseignement particulier. Il a multiplié les types histologiques qui commandent le syndrome paralytique, marqué dans certaines formes la prédominance des névrites périphériques, appliqué à la paralysie générale la théorie des neurones pour en mieux déterminer les lésions spinales. Enfin il a invoqué l'auto-intoxication hépatique qui joue pour lui un rôle important en pathologie mentale et fait intervenir l'auto-infection microbienne comme cause de l'encéphalite quand celle-ci est de caractères nettement inflammatoires.

On comprend déjà, par le rapide aperçu que nous venons de donner de ce travail, combien il mérite de retenir l'attention non seulement à cause de l'originalité des vues qu'il renferme, mais aussi parce qu'il est l'indice d'une orientation nouvelle de la médecine mentale.

Jusqu'à ces derniers temps, c'était la théorie de la dégénérescence mentale qu'invoquaient la plupart des aliénistes pour expliquer la production des troubles mentaux. Mais si cette théorie peut, à la vérité, fournir des indications d'ordre tout à fait général sur les causes les plus éloignées qui favorisent leur développement, elle ne saurait permettre de préciser les conditions prochaines qui président à leur éclosion. Confinée dans un domaine qui appartenait plutôt à l'anthropologie qu'à la médecine proprement dite, la pathologie mentale tendait à s'isoler de plus en plus de cette dernière. Le travail de M. Klippel marque une réaction contre cette tendance ; l'auteur s'efforce de faire ren-

(1) Klippel. Les paralysies générales. (*Collection de l'œuvre médico-chirurgicale*) Masson 1899.

trer la médecine mentale dans la médecine générale et de la faire bénéficier,comme celle-ci, des découvertes accomplies dans les sciences biologiques. Point n'est besoin d'insister beaucoup pour montrer combien il est légitime de rompre avec l'ancienne tradition. Les manifestations psychiques sont une forme de l'activité cérébrale ; pourquoi le cervean en tant que siège de ces manifestations, échapperait-il aux lois de la pathologie générale, alors qu'il s'y trouve soumis, pour toutes les autres formes de son activité ?

La conception de M. Klippel relative aux paralysies générales, repose sur l'anatomie pathologique, sur une analyse attentive des lésions histologiques des centres nerveux.

La différenciation de lésions d'origine et de valeur différentes, jette, il faut bien le reconnaître, une vive lumière sur des situations cliniques jusqu'alors assez obscures et permet de se rendre compte, d'une façon satisfaisante, des symptômes constatés. Nous comprenons, par exemple, pourquoi l'affaiblissement intellectuel qui résulte d'une lésion définitive des neurones de l'écorce est un symptôme fixe et qui ne rétrocédera pas, tandis que les troubles délirants, résultat d'une auto-intoxication ou d'une auto-infection peuvent ne se manifester qu'avec intermittence. Nous ne considérons plus comme une anomalie, l'apparition du syndrome paralytique chez des sujets âgés et dont le système artériel est atteint de dégénérescence athéromateuse, si nous voulons bien envisager la production de ce syndrome comme relevant d'une auto-infection ou d'une auto-intoxication agissant sur un cerveau offrant des tares pathologiques qui sont des points d'appel pour ces dernières.

Notons également combien toutes les discussions qui se sont élevées sur certaines questions touchant à la paralysie générale, par exemple au sujet du niveau intellectuel des individus frappés de préférence par cette maladie, sur le rôle de la syphilis, de l'alcoolisme dans son étiologie, sur l'influence héréditaire de cette affection perdent en intérêt si l'on adopte la théorie nouvelle, et combien les faits reçoivent d'elle une explication simple et présentant par suite les plus grandes chances de répondre à la réalité. Toutes ces discussions d'ailleurs ne sont jamais parvenues à élucider les différents points en litige : dépourvues d'une base solide, elles se résumaient le plus souvent en un échange d'impressions personnelles appuyées sur des faits plus ou moins vaguement observés. Que n'a-t-il pas été dit sur le rôle de la syphilis dans la production de la paralysie générale, et adversaires et partisans de l'étiologie syphilitique demeurent encore à l'heure

actuelle sur les positions où ils se sont retranchés ? Remarquons au contraire comment l'accord pourrait se faire facilement avec la conception pathogénique de la maladie, basée sur l'infection, l'auto-infection et l'auto-intoxication agissant brusquement ou lentement sur les centres nerveux altérés au préalable d'une façon plus ou moins manifeste, que ce soit par des influences morales (chagrins, fatigues intellectuelles, surmenage) par des maladies telles que la syphilis, considérée comme préparant le terrain à l'infection, par l'action de tares acquises ou de tares héréditaires comme chez des dégénérés. L'esprit arrive alors à comprendre sans difficulté qu'un syphilitique, un alcoolique, un sujet atteint de psychose, un dégénéré ou un idiot puisse devenir, à un moment donné, paralytique général et à saisir la part qui revient, dans la production de la maladie, aux différents facteurs étiologiques.

En résumé, le travail de M. Klippel, que nous allons maintenant analyser, nous paraît constituer une heureuse systématisation qui se trouve en accord complet avec les faits observés, permet de les classer et d'en donner une explication simple et facile.

Le docteur Klippel part de cette loi de pathologie générale que les symptômes des maladies de l'encéphale sont moins déterminés par la nature des lésions que par leurs localisations. C'est ainsi que l'aphasie, l'hémiplégie, l'hémianopsie, l'épilepsie jacksonnienne n'impliquent pas de maladies spéciales, mais seulement la localisation de maladies différentes dans tel ou tel département cérébral. Cette loi se trouve confirmée par l'examen histologique d'un très grand nombre de cerveaux de paralytiques généraux. Des processus anatomiques différents donnent lieu à la paralysie générale, à la condition que les lésions de ces processus divers aient pour caractère essentiel d'être diffusées dans l'encéphale tout entier.

Le syndrome clinique de la paralysie générale est donc commun à des maladies différentes de même siège anatomique. Il y a, en ce sens, des paralysies générales.

Trois groupes principaux peuvent correspondre à l'ensemble des cas.

1° La paralysie générale inflammatoire, primitive ; c'est la forme classique et la plus nette, celle que Bayle a voulu isoler.

2° Les paralysies générales secondaires ou associées à d'autres lésions, sur lesquelles vient se greffer secondairement le processus inflammatoire de la forme précédente.

3° Les paralysies générales dégénératives et parfois à lésions spécifiques.

Lésions encéphaliques des paralysies générales.

a) Paralysie générale inflammatoire primitive.

Dans les cas habituels, la pie-mère est épaissie avec plaques opalines; le cerveau est diminué en poids et en volume; les ventricules sont dilatés et leurs surfaces sont chagrinées et couvertes de fines granulations.

Il n'existe pas de lésions athéromateuses des vaisssaux.

En arrachant la pie-mère, on produit dans la substance grise sous-jacente des érosions qui sont de petits foyers de ramollissement, lesquels sont diffusés dans toute l'étendue de la substance cérébrale.

Au microscope, la lésion qu'on voit avec la plus grande facilité est la diapédèse inflammatoire occupant la substance grise et la substance blanche.

Les espaces lymphatiques qui entourent les cellules ganglionnaires sont élargis ; les cellules rondes, à noyaux ronds et bien colorés par le carmin qui se trouvent normalement au bord de ces espaces sont multipliées, envahissent les éléments nobles, les pénètrent même à la façon des phagocytes pour les détruire.

Les cellules cérébrales elles-mêmes se détruisent rapidement dans les couches supérieures de l'écorce. Les tubes nerveux corticaux sont détruits, ainsi que l'a constaté Tuczek.

Par la méthode de Golgi, l'auteur a pu se rendre compte de lésions que ne mettent pas en évidence d'autres techniques histologiques. Ce sont l'atrophie et la disparition des nombreuses épines, des saillies innombrables qui, à l'état normal, recouvrent les branches ramifiées du protoplasma des cellules, ainsi qu'une atrophie des organes de terminaison et des panaches de ces prolongements. Le rôle de ces épines et de ces saillies étant précisément d'établir des rapports fonctionnels entre les cellules nerveuses et les prolongements terminaux des cylindres d'axe venant se ramifier à leur voisinage dans l'écorce, il en résulte que tout processus destructif de ces organes doit amener des modifications dans la transmission des impressions nerveuses d'élément à élément. Ces lésions éclairent donc la pathogénie des troubles si nombreux de l'innervation dans la symptomatologie de la paralysie générale.

Pour M. Klippel, la paralysie générale se présente plutôt comme une inflammation parenchymateuse que comme une encéphalite interstitielle.

b) Paralysies générales associées à d'autres lésions.

Dans ces paralysies générales, l'inflammation de l'encéphale

vient se surajouter à des lésions antérieures, à titre d'infection secondaire.

C'est ainsi, par exemple, que chez les alcooliques qui deviennent paralytiques généraux, il importe de différencier parmi les lésions encéphaliques, celles qui sont créées préalablement par l'alcool et qui se retrouvent chez tout alcoolique non paralytique qui présente seulement un peu d'affaiblissement intellectuel et d'amnésie, de celles de l'encéphalite infectieuse.

Il existe ici deux ordres de lésions : celles de l'alcoolisme qui sont dégénératives et celles de la paralysie générale qui sont surtout inflammatoires. Ces dernières semblent être le résultat d'une infection secondaire qui, évoluant sous la forme chronique, aboutit à la paralysie générale.

On connaît déjà d'ailleurs, par des travaux antérieurs du docteur Klippel, le rôle prépondérant qu'il fait jouer aux lésions du foie, entraînant l'insuffisance hépatique, dans la production des troubles mentaux chez certains aliénés et dans la production de certains délires des alcooliques. Chez les individus atteints d'éthéromasie cérébrale, chez ceux dont le cerveau est mal conformé et que l'on désigne communément sous le nom de dégénérés, chez les idiots, on peut voir apparaître la paralysie générale ; mais là encore, il s'agit d'encéphalites secondaires ; il en est de même lorsque cette affection vient mettre fin à la longue existence de certains aliénés. On voit ainsi que l'œuvre de Bayle a consisté moins à établir les limites d'une maladie nouvelle qu'à isoler les types les plus tranchés de l'affection qu'il voulait décrire.

c) Paralysies générales dégénératives et parfois à lésions spécifiques (pseudo-paralysies générales).

Dans ce groupe, les lésions inflammatoires font complètement défaut, il n'y a plus que des dégénérescences diffuses ou des lésions diffuses à caractères spécifiques.

Parmi les lésions à caractères spécifiques, il faut citer les lésions scléro-gommeuses des centres nerveux et la méningite tuberculeuse chronique de l'adulte dont M. Klippel n'a observé qu'un seul cas, et qui ne put être reconnu qu'à l'autopsie, tant il reproduisait nettement le syndrome paralytique.

Quant aux dégénérescences diffuses sans caractères spécifiques, on les rencontre surtout comme manifestations de l'alcoolisme, de l'athéromasie et de la tuberculose. En dehors de toute inflammation, les dégénérescences de l'arthritisme, de l'alcoolisme et de la tuberculose, à la condition d'être diffuses dans l'encéphale, peuvent déterminer l'apparition du syndrome paralytique et l'on

se trouve alors en présence des pseudo-paralysies générales alcooliques et arthritique. L'alcoolisme chronique et la tuberculose peuvent s'accompagner parfois de lésions dans les nerfs périphériques et constituer ainsi les pseudo-paralysies générales névritiques où prédominent les lésions périphériques.

L'auteur, cependant, se pose une question qu'il est important d'élucider. Il se demande, en comparant des coupes histologiques de cerveau de tuberculeux, d'alcooliques et d'arthritiques qui ont présenté le syndrome paralytique avec d'autres provenant de sujets atteints de ces mêmes maladies, mais sans avoir présenté ce syndrome, si vraiment le degré un peu plus intense de lésions analogues est suffisant pour expliquer les différences symptomatiques si considérables, observées pendant la vie. Il ne le pense pas et croit, bien que la diapédèse soit absente, qu'il faut invoquer ici des processus auto-toxiques et auto-infectieux venus se greffer sur un cerveau préalablement altéré.

L'auteur fait ensuite un tableau d'ensemble de la symptomatologie de la paralysie générale. Les symptômes portent, comme les lésions, sur toute la sphère de l'encéphale. Ils consistent dans l'affaiblissement de toutes les facultés, motrices, sensitives et psychiques. Sur ce fond se greffent des modifications du caractère, l'excitation, la dépression, les délires. L'affaiblissement des facultés encéphaliques est un signe constant ; il est général, mais non complet d'emblée.

En ce qui concerne les troubles de la sensibilité, il fait remarquer qu'il n'existe pas d'anesthésies totales, mais que les manifestations les plus importantes portent sur le sens de la douleur dont l'intensité est diminuée. Cette sorte d'analgésie s'accompagne de dilatations vaso-motrices permanentes, périphériques et centrales. Au cours de recherches faites en collaboration avec G. Dumas, sur les paralysies vaso-motrices dans leurs rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux, il a remarqué, en enregistrant le pouls capillaire, que si l'on vient à produire une douleur chez un paralytique, le tracé onduleux qui s'inscrit sur le tambour n'est pas modifié par cette douleur ; il ne se transforme pas en ligne droite, comme chez les sujets normaux, ce qui prouve que le resserrement capillaire ne se produit pas dans ces conditions chez le paralytique. La diminution de la sensibilité au contact, aux températures est également des plus accusée.

Du côté de la motilité, les manifestations morbides ne sont pas moins importantes. L'appareil musculaire tout entier est atteint chez le paralytique général. Les muscles thoraciques et le diaphragme ne sont point épargnés, ainsi que l'auteur l'a fait voir

dans un mémoire antérieur sur les troubles de la respiration dans les maladies mentales et en particulier dans la paralysie générale.

Du côté de l'œil, les mouvements du globe oculaire ne sont pas modifiés, mais ce qu'on voit communément, avec l'inégalité pupillaire, c'est une diminution du réflexe lumineux et un affaiblissement de l'accommodation aux distances.

Pour M. Klippel, la physiologie pathologique des symptômes s'explique d'une part par des lésions fondamentales, mises en lumière par la méthode de Golgi, et qui rendent compte de l'affaiblissement psychique du malade et, d'autre part, par la pathogénie de la maladie elle-même, c'est-à-dire par l'infection, l'auto-infection et l'auto-intoxication agissant brusquement ou lentement sur des centres nerveux préalablement altérés.

Aux variétés expansive, dépressive et alternante, qui sont généralement décrites par les auteurs, M. Klippel ajoute une variété confuse, caractérisée par un délire tout à fait semblable à celui qui existe habituellement dans les infections aiguës et dans les intoxications. Les malades présentent le tableau clinique de la confusion mentale. La description de cette variété confuse nous semble absolument légitime et son existence ne saurait être mise en doute; nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs paralytiques généraux qui présentaient cette forme délirante. Elle s'explique d'ailleurs par l'existence de poussées aiguës soit d'auto-infection, soit d'auto-intoxication sur l'encéphale.

Le délire n'est pas un symptôme obligé de la paralysie générale; par contre, la démence à tous ses degrés ne saurait faire défaut. Cherchant à expliquer l'absence de délire dans certains cas, l'auteur se demande si l'on ne serait pas tenté *a priori* de considérer cette absence de délire comme le propre des paralysies générales dégénératives, à l'exclusion des formes inflammatoires.

Mais cette explication, comme il le fait remarquer, ne répond pas à la réalité ; on peut rencontrer dans les cas de ce genre une encéphalite des plus manifestes. Il serait plutôt porté à faire l'hypothèse que cette encéphalite a pu venir se greffer sur des lésions dégénératives préalables qui, ayant créé la démence ne permettent plus le délire au moment où apparaît l'encéphalite.

Quoi qu'il en soit, un fait important, démontré par la possibilité de paralysies générales sans délire, c'est la nécessité de distinguer la pathogénie de la démence et celle du délire qui correspondent, d'après M. Klippel, à des lésions différentes.

Au point de vue de l'évolution, et en dehors de la forme commune, dont la durée est de quelques années, l'auteur admet les for-

mes rapide, à rémission et prolongées ou frustes qui sont généralement décrites.

Mais il discute l'existence d'autres types distingués également d'après le degré d'acuité et de durée des symptômes : ce sont ces affections qui ont été décrites par Beau, Trélat et leurs successeurs dans la même voie, sous le nom de paralysies générales galopantes, aiguës et suraiguës et qui évoluent en quelques jours avec fièvre, soubresauts des tendons et délire qui, comme tous les délires aigus fébriles, est manifestement infectieux. Tout récemment M. Klippel a observé un cas assez semblable chez une jeune fille emportée en six jours au milieu d'accidents cérébraux infectieux et à l'autopsie de laquelle il a trouvé une méningo-encéphalite non suppurée, diffuse, avec érosions confluentes de la substance corticale et, fait important à noter, une endocardite ulcéro-végétante, de nature infectieuse évidente, au niveau des valvules aortiques. Bien qu'il s'agisse là d'auto-infections, les cas de ce genre ne sauraient rentrer dans le cadre de la paralysie générale qui se compose d'un ensemble de signes particuliers, d'une évolution spéciale des symptômes, d'une marche et d'une durée qui, sans être absolument fixes, ne sauraient varier que dans certaines limites et dont les agents pathogènes *créent des lésions sur un certain mode et non sur un mode quelconque*. Ce qui rapproche les différents groupes de paralytiques généraux, c'est une similitude de symptômes et d'évolution, ce sont des lésions de degrés, de répartition et de marche analogues et nullement tel ou tel microbe, telle ou telle toxine en action sur l'encéphale.

Les paralysies générales commencent et finissent là où commence et où finit le syndrome paralytique.

Toutefois, les cas de cette nature sont instructifs en ce sens qu'ils montrent que des auto-infections déterminent une méningo-encéphalite dont les lésions sont analogues à celles des paralysies générales les plus typiques et, pour être exclus du groupe des paralysies générales, ils n'en sont pas moins démonstratifs en ce qui concerne le rôle capital de l'auto-infection, au point de vue pathogénique.

Pour le diagnostic de la paralysie générale, l'auteur attache une grande importance à la survenance *simultanée* et non successive d'un certain nombre de symptômes de la maladie et fait remarquer que lorsque ce sont des troubles spinaux ou bulbaires qui ouvrent la scène, le diagnostic est souvent des plus difficiles.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les lésions en

foyer de l'encéphale quand les foyers sont petits, multiples, à répétition, avec les tumeurs cérébrales, la sclérose en plaque à forme cérébro-spinale, les intoxications et les névroses, en particulier la neurasthénie.

L'auteur aurait pu encore appeler l'attention sur la mélancolie, comme donnant lieu parfois à un diagnostic différentiel des plus délicats.

Enfin, comme il signalait la possibilité chez certains alcooliques au cours d'un accès délirant aigu ou subaigu, d'un *syndrome paralytique fugace* qui ne devait pas être confondu avec le syndrome paralytique, il aurait pu également faire remarquer que certains épileptiques peuvent aussi présenter ce même syndrome paralytique fugace. Et dans les cas de ce genre, le diagnostic est moins commode que lorsqu'on se trouve en présence d'un alcoolique où l'on a, pour s'éclairer, les hallucinations avec leurs caractères particuliers.

Le diagnostic suivant le groupement des formes anatomiques et pathogéniques n'est pas non plus sans de grandes difficultés.

En ce qui concerne les malades du troisième groupe, une fois qu'on s'est rendu compte du syndrome paralytique, il convient de faire l'examen du malade en dehors des symptômes nerveux qu'il présente. Tout malade présentant les signes de la paralysie générale, *s'il est nettement artério-scléreux, tuberculeux, auto-intoxiqué, doit, pour le moins, être soupçonné de rentrer dans le cadre des pseudo-paralytiques.*

La paralysie générale n'atteint pas seulement le cerveau, presque toujours elle frappe simultanément une grande étendue de la moelle touchant à la fois les cordons latéraux, les cordons postérieurs et les cellules nerveuses de la substance grise. Parfois une de ces localisations vient à prédominer sur toutes les autres, et l'anatomie pathologique et la clinique autorisent alors les termes de *formes spinales*. On peut distinguer les suivantes :

1° La *forme tabétique* : la paralysie générale atteint les neurones sensitifs les plus centraux, tandis que le tabes frappe les neurones sensitifs les plus périphériques ; 2° la *forme de sclérose latérale* où la lésion est au maximum au niveau des cordons latéraux ; 3° la *forme amyotrophique* soit avec le type d'Aran Duchenne (atrophie musculaire progressive), soit avec le type Charcot (sclérose latérale amyotrophique) ; 4° les *formes bulbaires* avec parésie de la langue, des lèvres et du voile du palais ; 5° la *forme névritique* dans laquelle la névralgie sciatique ou celle du trijumeau peuvent être les premiers signes de la maladie.

La chaîne du grand sympathique qui commande le système vaso-moteur et sous la dépendance de laquelle sont les viscères est atteinte par la paralysie générale.

A l'autopsie d'un paralytique général, on rencontre dans tous les viscères des altérations profondes. Pour assigner à chacune d'elles sa signification précise, il faut se souvenir qu'une paralysie générale qui a suivi son évolution est à la fois une cachexie, une maladie du système nerveux et une affection qui ouvre la porte aux infections secondaires. Seules les lésions qui relèvent de troubles vaso-moteurs représentent les manifestations immédiates de la maladie nerveuse : ce sont le poumon, le foie, le cœur, le rein *vaso-paralytiques*. Dans tous les viscères le processus est le même : congestion capillaire, hémorragies miliaires, dégénérescence pigmentaire, atrophie, catarrhe desquamatif des épithéliums voisins.

C'est encore la même pathogénie qui explique les troubles trophiques et vaso-moteurs si fréquents au cours de cette maladie.

La distinction de processus de nature différente, à l'occasion des lésions du système nerveux et dont chacun comporte un enseignement particulier, entraîne cette conclusion que la paralysie générale est une maladie résultant de l'action de l'auto-infection sur un cerveau qui, au préalable, avait été silencieusement ou manifestement altéré. Dans les paralysies générales du 1er groupe, les lésions préalables sont au minimum et les lésions inflammatoires au maximum ; dans celles du deuxième groupe et du troisième groupe, les lésions préalables acquièrent de plus en plus d'importance à mesure que les lésions inflammatoires s'atténuent ; la diapédèse peut même disparaître dans les paralysies générales dégénératives, ce qui ne permet pas de récuser dans ces cas l'action de l'infection ou de l'auto-infection, car les microbes pathogènes ne produisent pas toujours des lésions à type inflammatoire.

Les trois groupes qui se partagent le syndrome paralytique sont reliés par une pathogénie identique et par des transitions insensibles qu'on observe de l'un à l'autre, *par l'atténuation progressive de l'élément nettement inflammatoire à mesure que s'accuse celui des lésions préalables.*

Au point de vue du traitement, en dehors des moyens les plus habituellement employés, l'auteur conseille, en vue du rôle possible de l'auto-intoxication et surtout de l'auto-intoxication hépatique, l'emploi du calomel, du naphtol, du salol, des purgatifs, des lavements froids et du régime lacté temporaire. Dans

les formes inflammatoires où l'auto-infection est maxima, en raison de l'oblitération du système artériel sur des points très multiples, on est entraîné vers l'idée d'injections intra-craniennes antiseptiques ou médicamenteuses, pratiquées directement dans le milieu où évolue l'inflammation avec ses caractères de plus grande intensité, et la trépanation peut être pratiquée sans faire courir de grands risques aux malades.

Le traitement prophylactique doit tenir compte des conditions anatomiques qui préparent le terrain à l'encéphalite, à savoir : l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage, différents troubles de la nutrition, la faiblesse native et aussi l'involution pathologique des éléments nerveux. Parmi ces conditions il en est quelques-unes que l'on peut espérer prévenir et combattre avec succès.

LIVRES REÇUS

MARCHAND. — *Pouls et température dans les accès épileptiques, les vertiges épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques.* Thèse Paris, 1898. G. Carré et Naud.

VILLERS. — *Pathogénie et pronostic du Délirium Tremens.* (Extr. *Bull. Soc. Méd. Ment. Belg.*, 1898. Br.)

LOUIS MORET. — *Des paralysies post-anesthésiques.* Thèse Paris, 1893. Steinheil.

ANTONIO MARRO. — *La Cura del Delirio Acutò Colle lavature gastriche. Contributo clinico alla etiologia del delirio acuto.* Br. Torino, 1898.

ALPHONSE LACOMBE. — *Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit.* Thèse Paris, 1893. Delmar.

LUCIEN WAHL. — *Etude de la descendance des paralytiques généraux.* Thèse Paris, 1898. Jouve et Boyer.

CHARLES DHÉRÉ. — *Recherches sur la variation des centres nerveux en fonction de la taille.* Th. Paris, 1898. Jouve et Boyer.

C. FÜRSTNER. — *Wie ist die Fürsorge für Gemuthskranke von Aerzten und Laien zu fördern ?* Br. Berlin, 1899. Verlag von S. Karger

LÉON PÉLISSIER. — *De l'influence des maladies infectieuses intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* Th. Montpellier 1898, in-8°.

H. E. ALLISON. — *Medico-legal notes.* Br. Fishkill Landing N.-Y., 1898.

RAUH F. — *De la méthode dans la Psychologie des sentiments.* Paris, Masson, 1899, 1 vol. in-8°, 305 p., 5 fr.

H. E. ALLISON. — *Insanity and homicide.* Br. Fishkill Landing N.-Y, 1898.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA THÉRAPEUTIQUE OVARIENNE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES

Par MM. Toulouse et Marchand.

Nous avons fait sur ce travail, à la Société de Biologie (1), une communication que nous désirons compléter ici. Les accès épileptiques paraissent quelquefois être en rapport avec l'aménorrhée et la ménopause. On peut supposer dans ces cas que la non activité de l'ovaire est la cause des accidents convulsifs, soit par suite de la suppression de la sécrétion d'humeurs utiles à l'économie, soit par suite d'une congestion cérébrale supplémentaire, soit pour tout autre motif. Le rappel de la menstruation, qui est une fonction physiologique normale, est donc indiqué. Dans ce but, le traitement par les sucs ovariens est rationnel, puisqu'il tend à rétablir la fonction et dans tous les cas apporte à l'économie des produits qui lui manquent. Nous avons essayé, dans ces cas, le traitement par l'ovaire cru de vache dans le quartier des femmes épileptiques du service de l'un de nous, à l'asile de Villejuif.

Durant le traitement ovarien, toute autre thérapeutique pharmaceutique était suspendue. Avant, pendant et après, des douches froides ont été données à ces malades une fois par semaine.

Nous avons choisi 5 malades :

Deux (Vell. et Del..), qui n'avaient jamais été réglées et qui étaient épileptiques, la première depuis l'âge de 18 mois et la deuxième depuis l'âge de 14 ans.

Une (Le M...), qui avait été réglée une fois et n'était plus menstruée depuis quatre ans.

Deux qui étaient devenues épileptiques au moment de la suppression du flux menstruel, amenée chez l'une (Léon...) par une ovariotomie à l'âge de 20 ans et chez l'autre (Lass...) par la ménopause à l'âge de 40 ans.

La malade Vell..., âgée de 28 ans au moment du début du traitement, avait des accès épileptiques depuis son bas-âge. Elle n'avait jamais été réglée. Cette malade, qui avait pris du KBr à la dose de 2 gr. dans les 30 jours qui ont précédé le traitement ovarien, absorba 1 gramme d'ovaire cru tous les jours depuis le

(1) Séance du 18 février 1899.

24 février jusqu'au 8 mai 1898 inclus, soit durant 74 jours consécutifs. Le 2 avril, 38 jours après le début du traitement, elle a eu ses premières règles. Ses règles durèrent du 2 au 5 avril, et se reproduisirent les mois suivants.

Périodes.	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès.	Nombre de jours pour 1 accès.	Nombre de vertiges.	Nombre de jours pour 1 vertige.
Avant le traitement..	86	61	1.4	6	15
Durant le traitement.	74	31	2.3	1	74
Après le traitement...	206	91	2.2	9	23

Le traitement ovarien a diminué le nombre des accès et surtout des vertiges. Cet effet a été plus sensible durant la période où le médicament était pris.

La malade Del., âgée de 20 ans avait des accès depuis l'âge de 14 ans. Depuis plusieurs mois avant le début du traitement ovarien, elle prenait du KBr, à la dose moyenne de 4 grammes par jour, qui fut supprimé. A la place on lui donne de l'ovaire durant 136 jours, non pas consécutifs, mais entrecoupés par des périodes de repos. Le traitement se continue encore en ce moment. Les règles n'ont pas paru.

Périodes.	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès.	Nombre de jours pour 1 accès.	Nombre de vertiges.	Nombre de jours pour 1 vertige.
Avant le traitement..	123	45	2.7	10	12.3
Durant les périodes de traitement.....	136	68	2	30	4.5
Dans l'intervalle des périodes de traitement.....	126	60	2.1	32	3.9

Chez cette malade, le traitement n'a eu aucune efficacité sur le nombre des accès, les accès et surtout les vertiges ont même augmenté de fréquence depuis le début de la médication ovarienne.

Il n'y a pas eu de différence sensible entre les périodes de traitement et les périodes de repos. On peut se demander si la suspension du KBr. à dose assez élevée, qui semblerait avoir été dans ce cas plus efficace que l'ovaire, n'est pas la cause des résultats observés.

Le M..., âgée de 18 ans, avait été réglée pour la première fois a l'âge de 14 ans. Elle eut une forte émotion pendant ses premières règles, qui furent supprimées, et son premier accès eut lieu à la même époque. Depuis, la malade n'a jamais plus été réglée. Cette malade avait absorbé, durant le mois précédent, du KBr. à la dose de 2 gr. par jour.

Le 14 mars 1898, elle commença à prendre de l'ovaire frais, à la dose de 1 gramme par jour, avec des interruptions de quelques jours. Le 4 mai, c'est-à-dire 52 jours après, les menstrues réapparurent et revinrent les mois suivants.

Les résultats du traitement furent les suivants :

Périodes.	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès.	Nombre de jours pour 1 accès.	Nombre de vertiges.	Nombre de jours pour 1 vertige.
Avant le traitement..	122	49	2.4	18	6.7
Durant les périodes de traitement.....	53	13	4	4	13.2
Dans l'intervalle des périodes de traitement.....	118	47	2.5	3	39
Après le traitement...	141	66	2.1	5	28

Le nombre des accès et des vertiges a diminué durant la période de traitement. Cette amélioration ne s'est pas maintenue pour les accès pendant la période de repos thérapeutique, mais s'est accentue pour les vertiges.

Après le traitement, les accès sont redevenus aussi fréquents et les vertiges ont continué à se montrer plus rares.

La malade Léon..., âgée de 43 ans, a subi à 20 ans l'opération de l'ovariotomie double. Depuis l'opération, elle n'est plus réglée ; elle eut d'abord, dit-elle, chaque mois, des attaques d'épilepsie, puis celles-ci n'apparurent plus régulièrement tous les mois.

Le traitement par l'ovaire, qui n'avait pas été précédé par un traitement bromuré, commença le 14 mars 1898 et fut continué jusqu'au 9 août 1898. Il y eut quelques périodes de suspension du médicament. Le tableau suivant montre le résultat du traitement:

Périodes.	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès.	Nombre de jours pour 1 accès.	Nombre de vertiges.	Nombre de jours pour 1 vertige.
Avant le traitement..	N'était pas dans le service.				
Durant les périodes de traitement.....	101	15	6.7	2	50
Dans l'intervalle des périodes de traitement.....	193	36	5.3	20	9.6
Après le traitement...	142	23	6.1	15	9.4

Durant le traitement ovarien, les accès ont un peu diminué de fréquence ; mais l'effet favorable est surtout évident pour les vertiges, qui sont devenus beaucoup plus rares. L'action du médicament ne s'est pas prolongée après le traitement.

La malade Lass.., âgée de 46 ans, est atteinte d'attaques épileptiques, depuis la ménopause survenue il y a 7 ans. Le traitement ovarien, qui n'avait pas été précédé par un traitement bromuré ni autre, commencé le 15 février 1898, fut appliqué jusqu'au 5 juillet ; il fut interrompu par quelques périodes de repos.

Le tableau suivant montre le résultat du traitement :

Périodes.	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès.	Nombre de jours pour 1 accès.	Nombre de vertiges.	Nombre de jours pour 1 vertige.
Avant le traitement..	Non observés.				
Pendant les périodes de traitement.....	83	5	16.6	2	41
Dans l'intervalle des périodes de traitement.....	144	4	36	7	20.5
Après le traitement,..	122	3	40.6	7	17.4

Chez cette malade le nombre des accès a été plus fréquent pendant les périodes de traitement ; les vertiges ont au contraire diminué de fréquence.

Les observations de ces diverses malades nous montrent que la médication ovarienne n'a en rien altéré leur état général. Nous n'avons observé aucun accident du côté de la température, du poids et des fonctions digestives.

La malade Del..., qui a été pesée avant et durant la période de traitement qui se continue encore, subit des variations de poids insignifiantes.

Il est donc certain que le traitemement tel que nous l'avons institué est tout au moins inoffensif.

Le traitement est en outre actif. Il tend à rétablir le flux menstruel, ainsi que nous l'avons observé chez deux des trois malades où ce rappel était possible.

Il tend aussi à diminuer un peu le nombre des accès et beaucoup le nombre des vertiges et son action s'exerce principalement durant la période thérapeutique.

C'est donc là une médication rationnelle, inoffensive et bienfaisante.

DÉMOGRAPHIE

ETUDE STATISTIQUE SUR LE SUICIDE EN ANGLETERRE ET EN ECOSSE,

Par le Dr Sibbald, *Commissioner in Lunacy.*

Depuis environ 60 ans, que Quetelet a publié son grand ouvrage, sur « l'homme et le développement de ses facultés », l'étude de la statistique a pris un grand développement. Son importance a fixé l'attention publique, et des masses de documents ont été réunis par les services publics et par l'état. Ce sont là les éléments fondamentaux qui font la base documentaire de la science statistique, ils ont été réunis, collationnés, comparés et étudiés par une légion de travailleurs distingués. Les déductions tirées des éléments multiples d'informations contenues dans notre livre bleu d'une part, dans les publications similaires des pays voisins d'autre part ont rendu un service incalculable à l'avancement de la science ; tous ceux qui ont eu à s'occuper de questions statistiques doivent reconnaître combien ils sont redevables aux gens de mérite qui leur en ont fourni les bases. Toutefois il est juste d'ajouter que les tableaux statistiques des divers ouvrages, sont difficiles à mettre en parallèle pour des pays ou des périodes différentes. Quelques tableaux seulement peuvent servir de base indiscutable de comparaison, parce qu'ils correspondent à des faits pour lesquels il n'y a pas de divergence possible dans l'interprétation, quelles que soient les différences d'administration, de législation, de condition sociale, ou même d'opinion publique.

Tels sont : les chiffres du recensement des populations dans les différents pays ou ceux des moyennes totales de décès.

Mais il y a d'autres points pour lesquels la valeur, et la signification des nombres, sont très profondément modifiés, par les conditions dans lesquelles ils ont été établis; aussi ne les doit-on accepter qu'après un examen critique très sérieux ; telles sont les données statistiques relatives au crime et à la folie. Les statistiques du suicide appartiennent aussi à cette même classe. Aussi me semble-t-il, qu'en présence de telles statistiques il importe de procéder à une analyse critique de détails, ainsi que, à des comparaisons entre chiffres de différents pays, ou pour un même pays entre chiffres d'époques différentes. Ce n'est qu'après cet examen critique qu'il est possible de déduire des conclusions, et d'apprécier la signification exacte de la valeur de ces données, ainsi que la mesure dans laquelle on peut établir des comparaisons. C'est à ce point de vue que j'ai pensé intéressant de tirer des déductions des éléments statistiques que j'avais entre les mains, documents officiels du service général, centralisés par le service général d'Angleterre du pays de Galles et d'Ecosse. Je me suis placé au

point de vue de l'examen de la progression, si souvent invoquée du nombre des suicides. Je présenterai tout d'abord le tableau suivant qui, à première vue, semble réellement démontrer d'une façon péremptoire cet accroissement progressif. Le tableau suivant donne, calculés d'après les documents du service central, la moyenne des suicides annuels, par million d'habitants.

Nombre de suicides pour 30 années. — 1865 à 1894.

	MOYENNE ANNUELLE PAR MILLION D'HABITANTS.	
	Angleterre et pays de Galles.	Ecosse.
1865-1869	67	40
1870-1874	67	34
1875-1879	72	45
1880-1884	75	50
1885-1889	79	59
1890-1894	86	54
1865-1894	74	48

Ce tableau indique, comme ceux de tant d'autres pays, à travers des fluctuations variées, un accroissement de la moyenne des suicides durant ces 30 années.

Les colonnes pour l'Angleterre et le pays de Galles accusent une augmentation des moyennes de 67 à 86 des périodes de 1865 à 1869 à celles de 1880 à 1894, soit un accroissement de 28 %. Pour l'Ecosse, les colonnes offrent une moyenne de 40 à 54 pour les mêmes périodes, soit une augmentation de 35 %.

De prime abord, en Angleterre comme en Ecosse, il semble, comme dans d'autres pays, que le suicide devient de nos jours bien plus fréquent qu'autrefois. Mais il y a lieu d'examiner jusqu'à quel point les faits justifient les apparences.

Il faut admettre, en principe, qu'il est souvent difficile, impossible parfois même, de déterminer exactement si la mort est due ou n'est pas due au suicide. D'où il résulte que les chiffres des tableaux reposent sur une base instable à ce point de vue.

Le classement statistique d'un décès, attribué ou non au suicide, peut être influencé par différentes causes.

Une circonstance très importante, et qui peut avoir beaucoup d'influence, est la répugnance naturelle qu'éprouvent les familles et les amis à attribuer la mort à un suicide, répugnance qui, dans beaucoup de cas, pousse même à écarter cette hypothèse, alors que sa légitimité n'était pas douteuse.

Comme exemple de ce genre de cas où il est impossible d'affirmer, d'une façon certaine, la mort par suicide, on peut citer certaines morts par submersion, où l'état du corps est identique dans l'hypothèse du suicide, d'un accident, ou même d'un homicide. De tels exemples sont connus de tous, et, pour ma part, j'en pourrais signaler plusieurs.

Je sais des décès par poisons ou gorges coupées enregistrés comme syncopes ou pneumonies ; la nature suicide de ces cas est restée cachée.

Nous n'avons pas à rechercher et à approfondir ici les causes de ces erreurs qui peuvent être dues à des influences de famille et à des négligences de l'administration qui recueille les déclarations, ou même de l'autorité judiciaire.

Mais il est nécessaire de tenir compte qu'il peut y avoir une plus grande chance d'erreur ou de méprise et, par suite, des statistiques erronées, selon les localités et les époques. Il n'y a pas de doutes que, dans beaucoup de pays, le préjugé que le suicide comporte nécessairement le déshonneur a beaucoup perdu de sa force depuis qu'on le considère, dans la majorité des cas tout au moins, comme le résultat d'une aberration mentale, et il est assez raisonnable d'admettre que les efforts faits pour en ignorer les cas ou les cacher, ont conjointement diminué. Il serait trop long de discuter à fond sur ces considérations, mais il est certain qu'on doit en tenir compte lorsqu'on examine les statistiques.

La table suivante montre que les proportions sont considérablement plus élevées en Angleterre et dans le pays de Galles, qu'en Ecosse pendant les trente dernières années. C'est là un fait intéressant ; mais je ne puis m'en occuper aujourd'hui, puisqu'il ne porte pas directement sur l'augmentation des suicides.

J'attirerai maintenant l'attention du lecteur sur la table ci-jointe qui donne les procédés adoptés par les suicidés.

Moyens de suicide.

Tableau des quantités de suicide par chaque procédé.

PROCÉDÉS	Angleterre et pays de Galles 1865-1894.	Ecosse 1877-1894.
Armes à feu	6	6
Armes blanches	19	18
Poison	12	11
Noyés	21	28
Pendaison	34	29
Diverses méthodes autres	8	8
Totaux	100	100

On remarquera, d'après examen de cette table, que tous les suicidés à l'exception de 8 % dans les 2 régions, ont été effectués par l'une des 5 méthodes qui sont : 1° armes à feu, 2° armes blanches, 3° le poison, 4° la noyade, 5° la pendaison.

Examinons maintenant les statistiques de ces 5 méthodes différentes.

Les chances d'inscription imparfaite ou incorrecte sur les registres dues aux doutes sur la nature d'une mort, à des opinions fausses à son égard ou encore à la discrétion intentionnelle sur les circonstances qui l'ont accompagné, ne peuvent évidemment, en aucun cas, être égales pour tous les genres de morts.

Les erreurs se produisent plus facilement dans les cas d'empoisonnement ou de noyade, par contre beaucoup moins, lorsque la mort provient de suicide par pendaison, par les armes à feu ou par les armes blanches.

Suicide par pendaison. — On peut assurer que dans les cas de mort par pendaison, il est rare que la connaissance n'en parvienne pas, et encore plus rare que ces cas soient attribués à d'autres causes qu'au suicide.

Bref, nous avons dans les statistiques de pendaison des tables qui méritent toute confiance. J'ai noté les décès enregistrés sous la rubrique « suicide par pendaison » en Angleterre et en Ecosse pendant les 30 dernières années (1865-1894) et calculé séparément les moyennes annuelles.

1° pour chacune des 2 périodes de 15 années 1865-1879 et 1880 à 1894 et

2° pour chacune des 6 périodes quinquennales comprises dans les mêmes 30 années. La table ci-dessous indique les résultats obtenus :

Suicides par pendaison pendant une période de 30 ans 1865-1894.

PÉRIODES	ANNÉES	QUANTITÉ ANNUELLE POUR UN MILLION D'HABITANTS.	
		Angleterre et pays de Galles.	Ecosse.
Périodes de 15 années.	1865-1879.....	25	16
	1880-1894.....	24	16
Périodes de 5 années.	1865-1879.....	26	18
	1870-1874.....	25	14
	1875-1879.....	26	17
	1880-1884.....	26	15
	1885-1889.....	25	16
	1890-1894.....	25	16

Nous tirons de cette table cette conclusion importante qu'à l'é-

gard du suicide par pendaison, c'est-à-dire à l'égard de la section des statistiques de suicide qui a le plus de netteté, les proportions pendant les deux périodes de quinze années, bien qu'elles soient considérablement plus élevées en Angleterre qu'en Ecosse restent pour chaque contrée semblablement identiques pendant les deux périodes.

En Angleterre on comptait 25 cas par million d'habitants pour la première période et 24 dans la seconde période ; en Ecosse 16 cas pour chaque période. — Il n'y a donc pas là de preuve d'augmentation. On peut voir dans la seconde partie du tableau que les proportions sont prises pendant des périodes plus courtes ; elles montrent quelques fluctuations de période à période ; mais ce fait n'infirme pas la conclusion basée sur des proportions plus grandes données par des périodes plus longues.

Les proportions de suicide par pendaison montrent, comme toutes les proportions de suicide d'ailleurs, un total considérablement plus élevé en Angleterre qu'en Ecosse. Mais, comme je l'ai déjà exposé, ce fait n'intéresse pas directement la question de l'augmentation dont nous nous occupons. Il ressortit à cette question toutefois d'ajouter que, quoique les statistiques des diverses régions d'Ecosse (que j'ai examinées plus complètement que celles d'Angleterre) accusent des différences considérables dans les proportions de différentes localités, ces proportions, qu'elles soient élevées ou qu'elles soient faibles, semblent rester stationnaires de période à période. Je ne puis indiquer ces proportions que pour les années 1877 à 1897, car les registres écossais n'indiquent pas les chiffres pour les comtés. Je prends toutefois les deux périodes de neuf années chaque, 1878 à 1888 et 1886 à 1894, et, calculant les moyennes par million d'habitants pour le suicide par pendaison, je trouve que les comtés de Forfac et de Hinca rdine, qui ont les moyennes les plus élevées, montrent exactement le même chiffre (26 par million pour chaque période de neuf années). Je constate également que le groupe de sept comtés qui constituent les districts S.-O. de l'Ecosse offre une proportion pour la première période de neuf années *de 14 par million* et pour la deuxième période *de 13 par million*. Cela démontre que le suicide par pendaison reste sans changement appréciable soit dans les localités où les proportions en sont élevées, soit dans celles où elles sont faibles.

Suicides par armes à feu, ou par armes blanches (instruments tranchants ou piquants).

J'étudierai maintenant les chiffres de suicides par armes à feu et armes blanches, pensant avoir réussi à démontrer que non seulement le suicide par pendaison n'accuse aucune tendance à augmenter, mais qu'il montre, au contraire, une fixité de proportions presque surprenante.

Les statistiques de suicide par armes à feu et armes blanches

peuvent être examinées ensemble. Nous avons dit qu'à l'égard des morts par pendaison il arrivait très rarement qu'elles fussent ignorées ou méconnues et alors enregistrées comme accidentelles.

Les morts par ces armes sont dans un cas différent. Il est également rare qu'on les ignore ; mais il est possible et même probable qu'elles ne sont pas toujours considérées ni enregistrées comme suicide même lorsque telle est leur cause. Le chiffre véridique dans ce cas n'est donc pas le nombre des morts enregistrées comme suicide, mais le nombre total des décès par armes à feu ou par armes blanches qu'ils soient attribués ou non au suicide. Nous trouvons heureusement toutes ces morts indiquées dans les rapports administratifs soit parmi les suicides soit parmi les morts par accident ou par négligence. On ne doit pas manquer de faire observer ici qu'à l'égard des morts accidentelles par armes à feu ou blanches, et aussi par rapport aux morts accidentelles par empoisonnement ou par noyade, aucune d'elles ne figure dans la classe des accidents tels que ceux de chemin de fer, d'industrie ou de mines ; ces accidents peuvent et ont en effet été diminués de fréquence par une administration plus vigilante et par des soins constants pour assurer la sécurité générale. Si les mêmes influences étaient intervenues, quelques-uns des arguments qui vont suivre perdraient beaucoup de leur force.

Dans la table suivante, je donnerai les proportions de suicides et d'accidents par armes à feu et armes blanches pour les deux périodes de quinze années allant de 1865 à 1894.

Morts par armes à feu ou armes blanches pendant 30 *années* 1865 *à* 1894.

PÉRIODES DE 15 ANNÉES CHAQUE	*Moyenne par million d'habitants.*					
	Angleterre et pays de Galles			Ecosse		
	Suicide	Accident	Total	Suicide	Accident	Total
1865-1879	17	10	27	11	18	29
1880-1894	21	7	28	14	19	33

Je traiterai cette question très rapidement. La table montre dans la colonne « total » les nombres de morts par armes à feu ou armes blanches sans considérer la question très discutable si elles sont dues à des accidents ou à des suicides. Les chiffres de ces colonnes peuvent, par conséquent, être considérés comme absolument

exacts et ils apportent un autre exemple de fixité remarquable pour les proportions dans chaque contrée pendant les deux périodes successives. Les proportions sont à peu près les mêmes pour chaque même période,autant qu'elles peuvent l'être sans être absolument identiques. Dans les autres colonnes intitulées : « Suicide » et « Accident », nous devons compter avec les chiffres des registres, chiffres influencés peut-être par des interprétations erronées, bien que faites de bonne foi ou avec des opinions préconçues. Nous y trouvons dans les chiffres se rapportant aux deux pays que la proportion des suicides a augmenté dans la deuxième période et que cette augmentation est balancée par une diminution correspondante dans la colonne des accidents. Je laisse le lecteur juge des conclusions qui découlent de ces chiffres. Cette augmentation des suicides est-elle due à l'enregistrement de morts sous la rubrique suicides, qui, dans l'autre période, auraient été considérées comme accidentelles. A mon avis, cette hypothèse semble la plus raisonnable. Il nous reste à étudier les suicides par poison et par noyade; je les ai tenus séparés des autres cas, parce qu'il était présumable que les statistiques s'y rapportant présenteraient encore un caractère plus irrégulier que les autres. C'est un fait aussi que les morts par immersion sont très irrégulières comme quantité, si on les étudie année par année, irrégularités surtout dues aux influences climatériques et aux désastres de toutes sortes qu'elles amènent sur les côtes. Mais la table ci-jointe montrera que si les morts par empoisonnement ou immersion sont totalisées pour une certaine longue période de temps, l'irrégularité des chiffres deviendra plus apparente que réelle.

Morts par le poison ou par noyade.

PÉRIODES DE 15 ANNÉES CHACUNE	*Moyenne annuelle par million d'habitants*					
	Angleterre et Comté de Galles			Ecosse		
	Suicide	Accident	Total	Suicide	Accident	Total
1865-1879	21	138	159	11	171	182
1880-1894	24	113	137	22	159	181

Il serait intéressant, si le temps le permettait, d'examiner les statistiques de poison et de noyade séparément. Je me bornerai à faire remarquer que les chiffres de cette table concordent dans leurs résultats généraux avec les chiffres des morts par armes à feu ou armes blanches. La proportion des suicides s'élève à

la fois en Ecosse et en Angleterre, et les morts imputables aux accidents diminuent. En Angleterre l'augmentation des suicides est faible et plus que contre-balancée par la diminution des accidents. L'exactitude de la balance pour l'Ecosse est remarquable ; mais quoiqu'elle semble corroborer l'hypothèse précédente, il paraît permis de la considérer comme plus curieuse que concluante.

J'ai examiné très succinctement et très imparfaitement les proportions du suicide par les moyens les plus usités, j'ai laissé de côté les cas exceptionnels au nombre de 8 % sur la totalité des suicides. Je pense avoir prouvé que les morts par toutes les méthodes examinées, suicides ou accidents, n'ont pas augmenté et qu'il y a une fixité vraiment surprenante dans ces proportions. Il y a lieu de croire que l'augmentation apparente des suicides montrée par les chiffres dans la première table, doit être attribuée surtout à ce qu'autrefois on enregistrait sous la rubrique accidents, des morts qu'actuellement on désigne sous le terme suicide.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse, dira-t-on. Si le temps me le permettait, je vous aurai trouvé quelques raisons pour prouver le contraire. Si l'on considère mon opinion comme une hypothèse, il ne convient pas de soutenir sans preuve à l'appui que le suicide augmente en Angleterre et en Ecosse malgré l'autorité qu'on pourrait tirer d'un examen superficiel des statistiques.

J'espère, dans les observations que j'ai osé présenter, ne pas avoir donné l'occasion de dire que les statistiques sont faites pour prouver quelque chose. Les critiques qui émettent cette idée semblent écrasants, mais je ne pense pas qu'ils puissent être suivis par ceux qui s'efforcent de démontrer honnêtement et patiemment la signification et la réelle valeur des statistiques.

J'ai plus de disposition à me ranger à l'avis exprimé par H. Thomas Buckle, qui qualifie la statistique de branche de la science qui, bien qu'encore dans l'enfance, a répandu déjà plus de clarté sur l'étude de l'homme que toutes les sciences réunies.

(*Traduit de l'Anglais*, par M. A. Blanc.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 février.

M. *Orchansky*, de Saint-Pétersbourg, présente à la Société une série de photographies de criminels russes. Il fait remarquer que la physionomie de ces criminels ne présente aucun caractère typique et qu'en parcourant cette collection de photographies on ne rencontre que des physionomies ordinaires.

A côté de gros visages à traits grossiers et fortement prononcés l'on observe des visages fins et délicats ; des physionomies plutôt sympathiques se trouvent à côté de visages désagréables et méchants, des figures frustes, à peine dessinées se voient à côté d'autres qui sont énergiques et expressives : quelques-unes respirent l'intelligence, d'autres la stupidité. La banalité, l'absence d'individualité, voilà le caractéristique de toutes ces physionomies.

Il n'a pas constaté chez les détenus plus fréquemment que chez les autres personnes les modifications du visage normal ou les difformités de la tête qui constitueraient les stigmates physiques de la dégénérescence, tandis que ces signes spéciaux paraissent exister très fréquemment chez les autres criminels européens.

Sa conclusion est que les criminels russes appartenant à la population rurale ne présentent pas un type spécial, soit de la physionomie, soit de la conformation cranienne.

M. *Magnan* rappelle qu'au Congrès d'anthropologie criminelle de 1889, Lombroso prétendait pouvoir reconnaître, d'après la physionomie, les tendances psychiques des individus. L'expérience n'a pas confirmé ses insertions, puisque mis en présence de sujets atteints de perversions instinctives et d'autres atteints de psychoses il lui a été tout à fait impossible de les distinguer les uns des autres par les caractères du visage.

Il fait remarquer qu'il convient par suite de ne pas exagérer l'importance de l'aspect physique des individus pour en tirer des indications sur l'état de leurs facultés morales, sans quoi l'on serait exposé à commettre de nombreuses erreurs.

M. *Charpentier* dit que M. Magnan, qui récuse l'importance des signes physiques de la criminalité, en attache cependant aux signes physiques de la dégénérescence. Pour lui, les signes physiques de la dégénérescence ne sont pas plus fixes que ceux de la criminalité.

M. *Magnan* répond qu'il n'a jamais attaché une importance exagérée aux stigmates physiques des dégénérés, principalement lorsqu'il s'agissait de cette catégorie d'individus qu'il désigne sous le nom de dégénérés supérieurs. Ce qui importe avant tout, c'est l'étude de l'état mental du sujet pendant toute la durée de l'existence ; cette observation du sujet est beaucoup plus utile pour reconnaître la dégénérescence que la constatation de stigmates physiques.

M. *Orchansky* appelle l'attention sur ce fait que dans sa collection de photographies, il existe une famille de brigands où depuis plusieurs générations, le brigandage est en honneur, et que les

membres de cette famille, dont les ascendants étaient des criminels, ont tous des traits réguliers et une physionomie qui n'est pas dépourvue de beauté.

A la fin de la séance, M. le docteur Orchansky est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

F. P.

ANALYSES

Cruauté et pitié chez la femme,

Par Guillaume Ferrero.

(*The Monist*, janvier 1898.)

La femme est-elle plus cruelle que l'homme ? est-elle poussée davantage à la pitié qu'à la cruauté ? Quelle est l'étiologie de ces deux sentiments, et quelle a été leur évolution à travers les âges ?

C'est à ces différentes questions que l'auteur cherche à répondre. Dans la guerre, les femmes ne sont d'ordinaire que des auxiliaires, bien que l'exemple des amazones du Dahomey, des guerrières bretonnes et écossaises constitue une exception.

Dans l'exercice de leur vengeance les femmes sont cruelles : Les tortures infligées aux prisonniers par les femmes indigènes étaient atroces, en Tasmanie, dans les Indes occidentales, etc.); de même les supplices qu'elles imaginent contre leurs amants pour venger la foi trahie sont raffinés. C'est ainsi qu'Elisabeth de Russie fit coucher dans un palais de glace, sur un lit de glace son amant déloyal, etc.

Leur cruauté s'exaspère contre les êtres faibles et sans défense, envers une des leurs, par exemple, ou envers leurs esclaves.

Durant les périodes révolutionnaires, elles sont plus cruelles que les hommes : pendant la Commune elles poussaient les hommes aux massacres, elles-mêmes tuaient les blessés et sous la Révolution elles étaient aux premiers rangs autour de la guillotine.

Par contre, le sentiment de la pitié est plus ardent chez la femme que chez l'homme. Même chez les femelles d'animaux ce phénomène s'observe ; chez les femmes sauvages la pitié existe et bien des explorateurs ont dû la vie à la bonté des femmes indigènes (Stanley, Pack, etc.). Souvent les femmes s'entremettaient pour maintenir la paix entre des belligérants, et pour obtenir la grâce des condamnés, dans l'antiquité ou dans les pays sauvages. Avec la civilisation le sentiment de la pitié s'est très développé, et le christanisme y a fortement contribué. Dans les premiers temps de l'ère chrétienne, il s'est fondé des associations de femmes qui se consacraient aux œuvres charitables : depuis, ce mouvement s'est continué et de nombreux ordres se sont créés dans toutes les parties de la société : Dames du Calvaire, petites Sœurs des Pauvres, etc. Et là, souvent le sentiment de pitié est tellement puissant

qu'il peut tenir lieu d'intelligence. Aux Etats-Unis, d'importantes associations féminines sont fondées également, et elles constituent une forme plus moderne et plus parfaite d'association charitable.

La femme est-elle donc bonne ou cruelle ? L'origine de ses tendances cruelles se trouve dans sa faiblesse, et la théorie de la solution naturelle et de la lutte pour la vie explique comment cette cruauté étant d'abord un moyen de défense, de lutte, est devenue par hérédité un instinct. C'est ainsi que la cruauté se trouve alliée avec la faiblesse, chez l'enfant par exemple et même chez le plus petit des oiseaux, l'oiseau-mouche, qui, attaqué par un ennemi plus fort que lui, cherche à lui crever les yeux.

L'origine de la pitié se trouve dans la fonction de la maternité. La maternité est avant tout une fonction altruïste, altruïsme d'ordre inférieur quand il consiste en un acte purement physiologique (séparation d'une partie d'elle-même), altruïsme plus élevé et d'ordre psychique quand il consiste en un sacrifice conscient de soi-même et de sa vie dans l'intérêt de l'espèce.

La pitié est un sentiment dérivé de l'instinct maternel : la vue d'un être faible éveille, par association d'idée, chez une mère l'idée de protection. La femme a d'abord pitié des enfants des autres, puis le sentiment s'élargit et embrasse tous ceux qui sont faibles, qui souffrent, qui ont besoin de protection ou de soin ; ce sentiment d'affection maternelle se trouve chez toutes les femmes, même chez les sœurs ayant fait vœu de chasteté. La charité, ou la pitié et l'amour maternel sont deux sentiments de même nature et interchangeables ; ce sont deux modalités du même sentiment.

La femme est donc à la fois cruelle et bonne, et ces deux sentiments sont chez elle à l'état d'équilibre instable, et chacun d'eux se montre tour à tour suivant les circonstances. La pitié et la cruauté sont en partie produite par la faiblesse, et cette commune origine explique leur coexistence.

Mais par l'évolution et grâce à la civilisation la cruauté tend à disparaître, alors que les sentiments de pitié et de charité ne font que s'accroître ; les manifestations de la cruauté se sont modifiées ; la femme d'aujourd'hui ne torture plus son ennemi, mais elle le poursuit par la médisance et le ridicule. La diminution de la force musculaire de la femme a contribué pour sa part à l'adoucissement de son caractère et, d'un autre côté, la sélection faite en vue du mariage par l'homme qui choisit les femmes bonnes et charitables, tend à faire disparaître les caractères cruels à l'exclusion des autres. Si bien que l'on peut espérer que le temps n'est pas loin où la femme sera parfaite.

A. Vigouroux.

L'époque pubère à travers les us et coutumes des peuples

Par A. Marro.

(*Revista Moderna*, F. W. 1898.)

L'auteur auquel on doit l'importante étude médico-psychologique de la puberté chez l'homme et la femme, fait ici l'étude comparative et ethnographique des différents modes de constatation et de consécra-

tion de la majorité pubère parmi les principales races humaines et leurs variétés. Après une importante revue historique où il recherche l'âge et les conditions diverses auquel l'homme était déclaré majeur dans l'antiquité (civis romain, Ephèbe grec, etc.), il passe en revue les peuples primitifs sous les diverses latitudes dans les 5 parties du monde.

Australiens, Boschimans, Indiens, Malais, Abyssins, Cafres, etc. sont étudiés ; les Kabyls et Touaregs également, les épreuves variées touchant l'endurance physique, l'initiation générale aux qualités capitales réclamées par les milieux divers en vue de la conservation de l'espèce sont particulièrement signalées (acuité visuelle pour les peuples des déserts, conservation du feu chez les Mélanésiens par exemple). Enfin, l'auteur arrive aux groupes sociaux de notre Europe occidentale contemporaine ; là il montre l'insuffisance actuelle de l'action sociale qui se désintéresse trop du passage des jeunes gens à l'état de citoyens et de l'initiation nécessaire aux droits et devoirs qui en résultent.

L'unique préparation sociale qui marque encore le passage à l'état pubère confirmé tend à se réduire à l'épreuve de la discipline militaire, laquelle n'est pas générale et est loin de porter les jeunes gens au niveau physique et moral qui devrait être requis pour avoir le titre de citoyen.

Dans le domaine physique même, l'instruction militaire tend à perdre de ses avantages ; elle met cependant le jeune homme à l'épreuve des fatigues du camp et du champ de mars.

Du côté moral, la discipline militaire se réduit à enseigner l'obéissance aux règlements et aux supérieurs, ainsi qu'à supporter sans riposte les observations et châtiments.

On ne saurait nier qu'ainsi réduite, l'épreuve virile de la discipline militaire nait encore quelqu'utilité, le physique et le moral doivent s'aguerrir aux épreuves, mais pour toutes les vertus civiques positives sur lesquelles repose la vie sociale moderne si complexe, l'Etat n'a aucun moyen réel d'initiation et s'en remet entièrement aux familles.

L'unique sélection physique qu'il ébauche par l'examen des jeunes mâles pubères n'a d'autre but que d'écarter du service militaire les incapables notoires.

Or, pour l'exercice de la fonction reproductrice il ne reste d'autre limitation (encore n'est-ce que pour le mariage) que la limite d'âge des mineurs et le consensus des parents jusqu'à majorité complète. Cependant c'est là que devrait s'exercer l'action sociale en vertu du droit de défense préventive : on éviterait avec d'opportunes prescriptions l'arrivée d'êtres fatalement destinés au délit ou à la folie en empêchant les individus tarés de transmettre leurs tares dégénératives.

A. Marie.

REVUE DES LIVRES

—

POULS ET TEMPÉRATURE DANS LES ABCÈS ÉPILEPTIQUES, LES VERTIGES ÉPILEPTIQUES ET LES ATTAQUES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES,

Par le Dr L. MARCHAND.

(*Thèse de Paris*, 1898).

Dans ce travail fait dans le service de M. Toulouse à Villejuif, l'auteur a cherché à résoudre cette question longtemps controversée. Les modifications de pouls et de température centrale, causées par les accès épileptiques et les attaques hystéro-épileptiques peuvent-elles servir au diagnostic différentiel de ces deux névroses ?

Après un grand nombre d'observations portant sur plus de 300 malades, il arrive à la conclusion que ce diagnostic différentiel n'est pas possible, que dans les deux névroses il y a élévation de température et accélération du pouls, qu'une différence quantitative seule distingue ; la seule différence notable porte sur le retour à la normale du pouls après les crises, retour régulier après les accès épileptiques, irrégulier avec alternatives d'accélération et de ralentissement après les attaques hystéro-épileptiques.

Un autre point intéressant, bien mis en lumière par l'auteur est le suivant : Des vertiges épileptiques déterminent des modifications du pouls et de la température comparables à celles produites par les accès épileptiques: seulement, l'élévation de température est moins appréciable dans le vertige que dans les accès ; l'accélération du poul est toujours moins accentuée. C'est encore là un fait qui démontre bien que le vertige épileptique n'est qu'un accès ébauché.

Ces conclusions sont intéressantes et fixent d'une façon définive un fait de pathologie ; car elles reposent sur des expériences faites avec une méthode rigoureusement scientifique par laquelle toutes les causes d'erreur semblent avoir été écartées : le même thermomètre vérifié a servi pour la même malade, il était placé dans le rectum ; immédiatement après la cessation des mouvements convulsifs, la température était prise au bout de cinq minutes, puis à intervalle régulier, etc. — La malade dès qu'elle avait une attaque, était placée sur un lit, recouverte d'une couverture pour empêcher tout refroidissement périphérique pouvant modifier la température centrale, etc. De plus par suite de la méhode

même suivie par l'auteur, des recherches ont mis en lumière une série de point de physiologie pathologique d'un grand intérêt.

Ce travail, en effet se divise en 3 parties comprenant l'étude du pouls et de la température : 1° dans les accès épileptiques isolés ; 2° dans les vertiges isolés ; 3° dans les attaques hystéro-épileptiques isolées.

Dans chacune de ces parties les mêmes questions sont posées et résolues par des chiffres et des moyennes établies sur un nombre respectable d'observations.

L'accès détermine-t-il une élévation de température ou une accélération du pouls ?

Combien de temps la température ou le pouls met-il à revenir à la normale ?

Quelles sont les diverses phases de l'élévation ou de l'accélération ?

Quel rapport y a-t-il entre l'élévation de la température ou l'accélération du pouls avec l'intensité de l'accès ?

Quel rapport y a-t-il en ces phénomènes, l'âge des malades et les diverses causes de l'épilepsie ?

Des tableaux d'ensemble permettent de faire facilement la comparaison entre les différents résultats obtenus.

A. Vigouroux.

LIVRES REÇUS

L. J. Barrows. — *The criminal insane in the United States and in foreign countries*. Report (May 24, 1898). Referred to the Committee on Education and Labor and ordered to be printed (55th Congress 2d session). Senate Doc., n° 273. Washington, 1898, br., Government printing office.

Le Filliatre. — I. *Appendicite et grossesse de 5 mois. Laparotomie, ablation de l'appendice, accouchement à terme, enfant vivant.* — II. *Appendice enlevé à froid.* Extr. du *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1898.

J. Al. Peeters. *La réforme de l'assistance des aliénés.* Conférence donnée au Cercle artistique, littéraire et scientifique à Anvers, le 23 nov. 1898. Br. Gand, 1898. Van der Haeghen.

G. Al. Peeters. — *Du rôle de l'alcool dans l'étiologie de la Folie paralytique.* Rapport présenté au VI° congrès international contre l'abus des boissons alcooliques, tenu à Bruxelles en 1897. Br. Bruxelles, 1898. Xavier Havermans.

W. Tenicheff. — *L'activité de l'homme.* Paris, Cornély, 1898. 1 vol. in-8° de 262 pages. Prix : 5 fr.

Roger Hyvert. — *Etude historique et séméiologique des Délires religieux.* Thèse Paris, 1899. Jouve et Boyer.

L. Picqué et Ph. Mauclaire. — *Suppurations otitiques de la loge cérébelleuse.* Ext. du 12° congrès français de chirurgie, 1898. F. Alcan.

ETIENNE TARDIF. — *Les odeurs et les parfums. Leur influence sur le sens génésique.* Paris, 1899. Baillière. 1 vol., gr. in-8° de 114 p., 3 fr.

BOUFFÉ. — *De la diminution de l'activité nerveuse dans le psoriasis, le cancer et la lèpre. Disparition de ce syndrome sous l'influence du traitement par les injections organiques.*(Communication à l'Académie de médecine, séance du 2 août 1898.) Br. avec 20 gravures et 2 tableaux. Maloine, 1899.

KAMBRUN. — *Les Rebouteurs et les Guérisseurs. Croyances populaires.* Thèse Bordeaux, 1899.

HITZIG. — *Neubau der Psychiatrischen und Nerven-Klinik für die Universitat Halle a. S.*

ANGELO ZUCCARELLI. — *L'Antropologia Criminale al congresso internazionale di Ginevra nell' agosto 1896 e il « delinquante-nato »* memoria publicata nella Rivista « l'Anomalo ». Napoli, 1898, Prezzo L., 1,50.

CESARE LOMBROSO. — L'*Antisémitisme*, traduit de la deuxième édition italienne par les Drs A. Marie et M. Hamel, médecins des asiles publics de la région de Paris, avec une préface de Paul Brousse, conseiller municipal de Paris, 1899. V. Giard et E. Brière, éditeurs, 1 vol. in-8°. 2 fr. 50.

INFORMATIONS

Informations. — La Société Internationale pour l'étude des questions d'Assistance Publique a renouvelé comme suit son Bureau pour 1899. *Président* : M. le Dr THULIÉ ; *Vice-présidents* : MM. Henri MONOD, SABRAN, DEROUIN, MULÉ ;

Secrétaire général : M. Alfred MUTEAU.

Secrétaire général adjoint : M. le Dr BILLON ; *Trésorier*: M. Van BROCK.

La ligue contre l'alcoolisme. — Le bureau de la ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) pour 1899 est constitué de la façon suivante :

Président : M. CHEYSSON ; *vice-présidents* : MM. BOUCHEREAU, GLANDAZ-GOURAUD, Jules SIEGFRIED ; *secrétaire général* : M. Emile PHILBERT ; *secrétaires généraux adjoints* : MM. AUDIGÉ et RŒSER ; secrétaires des séances : M. M. CARRA et ROUBINOVITCH ; *bibliothécaire archiviste* : M. CRUET ; *trésorier* : M. BARTAUMIEUX.

Exposition rétrospective des instruments et appareils de chirurgie. — On sait qu'à chaque classe de l'exposition contemporaine de 1900 sera annexée une *exposition rétrospective*, destinée à rassembler tous les objets de fabrication ancienne, faisant partie de la classe considérée.

Pour la Classe 16, qui a trait aux *instruments et appareils de chirurgie*, le Comité reçoit dès maintenant les demandes d'admission. Il fait un très pressant appel à tous les collectionneurs d'anciens modèles d'instruments, à tous les fabricants d'appareils, à tous les conservateurs des musées de nos écoles et facultés de médecine, à tous ceux qui ont la garde des arsenaux d'instruments dans les hôpitaux français, à tous ceux enfin qui possèdent des objets rentrant dans cette catégorie.

Il les prie de vouloir bien s'associer aux efforts tentés par les membres du Comité, de façon à pouvoir réunir, à l'occasion de cette grande manifestation industrielle, une collection véritablement unique, qui ait un réel intérêt scientifique et historique.

Les instruments qui sont admis à faire partie de cette exposition sont : les instruments de chirurgie générale, les appareils prothétiques généraux, le matériel d'opération, les appareils herniaires, les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaire, les instruments d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, de gynécologie et d'obstétrique, etc. Y seront joints les appareils servant aux études anatomiques et histologiques, ainsi que les applications médicales des instruments de précision. On pourra envoyer également les dessins d'instruments anciens, mais *les originaux* seulement.

L'exposition sera *personnelle* et les instruments ne seront pas mélangés. Chaque collection particulière aura donc une place à part, en rapport avec son importance.

Les pièces uniques seront rangées en séries similaires, avec le nom de l'exposant.

L'Administration de l'Exposition pourra, dans certains cas, prendre à sa charge tout ou partie des frais d'emballage, de transport, de déballage et de réexpédition. Aucun produit exposé ne pourra pas être dessiné, copié ou reproduit sous une forme quelconque sans une autorisation de l'exposant, visée par la Direction générale de l'exploitation. Il sera dressé, en langue française, un catalogue méthodique et complet des œuvres avec indication du nom des exposants et des places occupées dans les palais.

Des diplômes commémoratifs, signés par le Ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes et par le Commissaire général, pourront être décernés aux personnes qui auront prêté leur concours pour les expositions rétrospectives.

La participation à ces expositions donnera lieu à la délivrance d'une *carte d'entrée gratuite*, si l'Administration considère cette faveur comme justifiée par l'importance des objets exposés.

Le Comité prie instamment toutes les personnes qui s'intéressent au progrès de l'art chirurgical de vouloir bien lui confier les instruments qu'elles possèdent et de lui signaler les collections particulières ou spéciales, ayant un intérêt de premier ordre, dont elles pourraient connaître l'existence.

Le Président
du Comité de la Classe 16,
Dr P. BERGER.

Congrès d'Assistance de 1.900. — Le comité d'organisation du congrès international d'Assistance publique et de bienfaisance privée de 1900 s'est réuni le 2 décembre 1898, sous la présidence de M. le Dr Thulié, au Ministère de l'Intérieur.

Le Congrès sera divisé en quatre sections : services de l'enfance, assistance générale, assistances spéciales, assistance par le travail.

Il a été décidé que quatre questions générales seraient traitées en assemblée plénière et que les sections régleraient elles-mêmes leur ordre du jour et leurs programmes.

Trois des questions générales correspondant aux trois premières sections ont été choisies. Le choix de la quatrième question est laissé à la section autonome de l'Assistance par le travail.

Voici le libellé des trois questions et les noms des rapporteurs désignés :

1° Du traitement et de l'éducation des enfants recueillis par l'Assistance publique, ou par la charité privée et auxquels, pour une cause morale, ne convient pas le placement familial (écoles de réforme, de préservations, etc.)

Rapporteur : Paul Strauss.

2° Du fonctionnement et de l'efficacité des secours à domicile ; entente établie ou à établir à cet égard entre l'Assistance publique et les œuvres de bienfaisance privée.

Rapporteurs : M. le Dr Drouineau et M. Louis Rivière.

3° L'assistance rationnelle aux tuberculeux privés de ressources.

Rapporteur : M. le Dr Léon Petit, secrétaire général de l'Œuvre des enfants tuberculeux.

Mariage. — Nous annonçons un peu tard, par suite d'une erreur, le mariage de notre excellent confrère, le Dr Cabanès, directeur de l'intéressante *Chronique médicale*, avec Mlle Blanche Mournand, que notre confrère reçoive nos amicales félicitations et nos meilleurs souhaits.

Distinctions honorifiques. — M. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est nommé officier de l'instruction publique. M. Philippe, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses, est nommé officier d'académie.

Nominations et promotions : Ont été nommés :

Directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Auch (Gers), M. le Dr Chevalier-Lavaure, médecin-adjoint à l'asile public d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), M. le Dr Charon, médecin-adjoint à l'asile public de Bailleul (Nord).

Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère), M. le Dr Bonnet, médecin-adjoint chargé des fonctions de médecin en chef dans ledit asile.

Médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), M. le Dr Monestier, médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure).

Médecin-adjoint à l'asile public d'Alençon (Orne), M. le Dr Chocreaux,

médecin-adjoint à l'asile public de Bailleul (Nord).

Médecin-adjoint à l'asile public de Bailleul (Nord), M. le Dr Maupaté, médecin-adjoint à l'asile public d'Armentières.

Médecin-adjoint à l'asile public d'Armentières (Nord), M. le Dr Musin, admissible au concours des médecins-adjoints.

Médecin-adjoint à l'asile public de Bailleul (Nord), M. le Dr Dezwarte, médecin-adjoint à l'asile public de Clermont (Oise).

Médecin-adjoint à l'asile public de Clermont (Oise), M. le Dr Coulon, médecin-adjoint à l'asile public d'Alençon (Orne).

Médecin-adjoint à l'asile public d'Aix (Bouches-du-Rhône, M. le Dr Monestier, médecin-adjoint à l'asile public de Montdevergues (Vaucluse).

Médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse), M. le Dr Levet, médecin-adjoint à l'asile public de Fains (Meuse).

Médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse), M. le Dr Briche, admissible au concours des médecins-adjoints.

Ont été élevés à la classe exceptionnelle:

M. le Dr Chambard, médecin en chef à l'asile public de Clermont (Oise).

M. le Dr Paris, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

A la 1re classe :

M. le Dr Brun, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône).

M. le Dr Girma, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

A la 2e classe :

M. le Dr Marie, médecin en chef chargé de la direction de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

M. le Dr Malfilatre, directeur-médecin de l'asile public de Saint-Lizier (Ariège).

M. le Dr Nicoulau, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Cadillac (Gironde).

A la classe exceptionnelle :

M. le Dr Dubourdieu, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

M. le Dr Trenel, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

— Par suite du décès de M. le Dr Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, M. le Dr Deny, médecin de Bicêtre, passe à la Salpêtrière, et M. le Dr Chaslin, médecin suppléant de la Salpêtrière, devient médecin de Bicêtre.

— Par arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 30 décembre 1898, M. Jules Soury, directeur-adjoint de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est nommé directeur d'Etudes à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Distinctions honorifiques. — Arrêté du ministre de l'instruction publique du 27 février 1899 : MM. les Drs Rueff, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de Police, et Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), sont nommés officiers de l'Instruction publique ;

MM. les Drs Blin, médecin en chef de la colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise) ; Capdebon, médecin-dentiste des asiles de la Seine ; Rabaud, chef des travaux anatomiques à l'asile Sainte-Anne, et Roubinowitch, médecin suppléant à l'hospice de la Salpêtrière.

Enseignement. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. M. le Prof. Joffroy. Lundi, jeudi, à 3 h. 1/4, à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies du système nerveux. M. le Prof. Raymond. Mardi, vendredi, à 10 h., à l'Hospice de la Salpêtrière.

Hospice de Bicêtre. Maladies nerveuses chroniques des enfants. M. Bourneville. Samedi à 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, atelier, école, musée, présentation des cas cliniques, etc.).

Asile de Villejuif. Maladies mentales. Service de M. Toulouse. Le vendredi à 9 h. 1/2. Visite dans les salles : conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Chatelet-Villejuif ; trajet une heure.)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

BULLETIN

—

LES MÉDECINS DES ASILES.

Nous reproduisons ici une lettre de M. Ed. Toulouse, qui a été publiée dans le *Temps* du 29 mars 1899. Elle a trait au recrutement des médecins des asiles, qui est une question d'un intérêt général et actuel.

Au directeur du Temps.

Différentes affaires retentissantes ont, dans ces derniers temps, appelé l'attention publique sur les asiles d'aliénés et leur organisation. On s'est beaucoup occupé, notamment, du rôle du médecin, qui est actuellement le seul juge de la nécessité de priver, en le déclarant aliéné, un individu de sa liberté ou, ce qui est tout aussi grave, de l'opportunité de rendre à la société, en le déclarant guéri, un sujet qui a présenté des troubles mentaux à caractère dangereux.

Un projet de loi, dû au docteur Dubief, et qui est en ce moment soumis à l'examen d'une commission de la Chambre des députés, essaye de résoudre les différents problèmes que cette question soulève. Ces problèmes ont une importance capitale ; il n'échappera, en effet, à personne que le droit d'apprécier la raison d'autrui, et, par conséquent, de prononcer l'internement sous le couvert d'un arrêté préfectoral ou d'une ordonnance de tribunal, ne doit être donné qu'à des personnes honnêtes, compétentes et, jusqu'à un certain point, indépendantes du pouvoir central. Si l'on ne pouvait imposer ces conditions dans le choix du personnel medical des asiles, il y aurait, de ce fait, un réel danger public, car la liberté de chacun pourrait être un jour mise en péril. Cette question a donc une grande portée sociale.

Il n'est pas nécessaire d'entourer le recrutement des médecins des asiles de précautions plus grandes sous le rapport de l'honnêteté que celles que l'on prend dans le choix de tous les fonctionnaires. Le personnel de l'administration en France, qui peut avoir certains défauts, est d'une moralité généralement supérieure. Je ne crois pas qu'on ait pu accuser, avec quelque vraisemblance, un médecin d'un asile public de s'être laissé détourner à prix d'argent de son devoir.

La question de la compétence n'est pas liée à celle de la moralité. Avec la meilleure bonne foi du monde, un honnête et médiocre aliéniste peut, s'il est insuffisamment instruit ou intelligent, causer des dommages irréparables, et je ne fais pas ici allusion aux dommages d'ordre médical et causés par une mauvaise thérapeutique, mais aux dommages d'ordre social qui sont les conséquences de l'internement injustifié d'un malade ou de la sortie hâtive d'un aliéné dangereux.

Les médecins d'asile sont souvent aux prises avec les difficultés

les plus grandes. Certains malades, les persécutés, dissimulent avec une rare habileté. J'avais, ces jours-ci, à me prononcer sur le cas d'une dame, internée dans mon service, qui avait été placée, à la suite de plaintes nombreuses et extravagantes contre un journaliste. A son arrivée à l'asile, sa folie ne pouvait être mise en doute, tant son attitude, ses propos invraisemblables, qui décelaient des hallucinations certaines, entraînaient la certitude du diagnostic. Il y avait sur tout cela un peu d'excitation générale qui pouvait faire croire à un délire passager d'origine toxique. Peu de jours après son entrée, elle se calma et sa conversation devint réservée, raisonnable, si bien que, quelques semaines plus tard, sollicité vivement par des parents, j'étais sur le point de signer un certificat de sortie. Avant de le faire, je causai longuement avec cette dame qui paraissait être devenue en tout point très raisonnable. Comme je la congédiais, je l'enveloppai de mon regard et je remarquai un fait, en apparence insignifiant, qui fit revenir tous mes doutes.

« Pourquoi, lui dis-je brusquement en l'arrêtant, vous mettez-vous du coton dans les oreilles ? Elles ne sont pourtant pas malades ? » Ce fut la pierre qui fit trébucher la belle assurance de cette malade. Celle-ci s'embrouilla dans ses explications et, désorientée par mes questions rapides et pressantes, elle finit par m'avouer que son journaliste continuait à l'électriser, à nuire à sa santé de mille manières, et que, pour ne pas entendre ses injures, elle essayait de mettre du coton dans ses oreilles. Cette persécutée était restée très haineuse et vindicative contre son persécuteur imaginaire et me vantait le courage d'une femme qui s'était vengée, à coup de revolver, d'insultes à elle adressées. J'étais cette fois éclairé sur l'opportunité de sa sortie, et je la refusai.

La compétence du médecin doit donc être de l'ordre le plus élevé possible. Or, elle ne peut s'acquérir que dans le commerce des aliénés. Ce n'est pas en faisant quelques expertises médico-légales ou en se livrant à des recherches qui touchent de plus ou moins près à la psychiatrie.

En dehors des services d'aliénés, un médecin — eût-il la meilleure bonne volonté — ne peut devenir qu'un aliéniste bien superficiel. Les conséquences de cette première constatation, c'est qu'un médecin ne doit être chargé d'un service d'aliénés que s'il a fait un stage prolongé dans un asile, et s'il a prouvé ses capacités dans un concours spécial qui existe actuellement.

On a proposé de supprimer dans certains cas l'obligation de ce concours pour permettre au ministre de choisir des médecins d'une haute compétence et qui, vu leur âge ou leur situation, ne pourraient être soumis à l'obligation du concours d'entrée. Ce serait là un moyen d'appeler aux postes importants et assez avantageux de médecin d'asile des personnages dont tous les titres seraient de puissantes protections. Une autre conséquence serait le découragement que les aliénistes de carrière éprouveraient en voyant

attribuer ainsi des postes sur lesquels ils avaient droit de compter. Il s'ensuivrait que les candidats les plus sérieux s'écarteraient du concours d'entrée et que le niveau des médecins d'asile s'abaisserait peu à peu. Ajoutons que cette innovation ne se rencontre dans aucune autre carrière dont le concours ouvre la porte. Il est donc nécessaire que tous les médecins des asiles, qu'ils soient ou non chargés des fonctions de directeur, aient passé par le concours initial.

Mais il ne suffit pas encore que les médecins aient la compétence, il faut qu'ils aient le temps matériel de l'exercer. Les asiles sont des établissements d'aliénés qui, la plupart, sont administrés par un fonctionnaire à la fois directeur et médecin en chef. Dans les grands asiles, ces fonctions complexes sont réparties entre un directeur administratif et des médecins en chef. Il en est ainsi dans les grandes villes, notamment à Paris. Il est évident que, dans les asiles où les fonctions sont réunies, le médecin est accablé par la besogne administrative qui use peu à peu sa compétence médicale et qui l'empêche de consacrer un temps suffisant à l'examen de ses malades. Placé entre deux tâches dont une seule — la tâche administrative — est contrôlable, il en arrive presque toujours à délaisser l'autre.

Il ressort de ces quelques considérations que le médecin ne doit avoir qu'un nombre restreint d'aliénés à soigner, 500 au grand maximum, et qu'il ne doit être chargé d'aucune fonction administrative qui, comme la besogne médicale, doit absorber toute l'activité d'un homme bien doué.

Il y a encore un inconvénient à ce que le médecin soit en même temps directeur de l'établissement, c'est qu'il devient alors, à raison de ses fonctions administratives, plus dépendant du pouvoir central, et cela peut présenter de graves inconvénients.

Le type de l'asile idéal est donc celui où les fonctions administratives et médicales sont divisées et où il existe plusieurs services médicaux. Ce type est celui réalisé depuis plusieurs années dans le département de la Seine. C'est celui en faveur duquel vient de se prononcer une section de la commission mixte qui, composée de conseillers généraux, de médecins et d'administrateurs, étudie en ce moment à l'Hôtel de Ville toutes les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés. J'espère que le Parlement saura tenir compte de ce *desideratum*.

J'ajouterai encore que c'est le type d'asile qui réalise un progrès immense sur tous les asiles d'Angleterre, d'Ecosse et d'Allemagne que j'ai visités.

Il faut cependant compter avec les considérations d'ordre budgétaire, et c'est pour cela que l'on peut accepter que, dans les asiles où il n'y a pas plus de deux services médicaux, les fonctions de directeur soient attribuées à l'un des deux médecins. Pour les grands asiles, ayant plusieurs services, la besogne bureaucratique doit être dévolue à un administrateur, agent responsable. Et

pour que l'autorité médicale collective prévale, j'ai demandé, ainsi que l'avait fait jadis le docteur Bourneville, que les médecins constituent une commission de contrôle et de conseil pour l'administrateur.

Enfin le médecin d'asile doit être aussi indépendant du pouvoir central que sa situation de fonctionnaire rend la chose possible. Il ne faut pas que, dans certains cas, le pouvoir central puisse influencer son jugement.

Les médecins sont actuellement d'une entière indépendance ; mais il faut prendre garde, en modifiant les conditions de leur recrutement et en faisant intervenir dans leur nomination des considérations politiques de créer une situation différente. Tout juge — et le médecin d'asile est dans ses fonctions un véritable juge — doit se décider dans une entière liberté d'esprit.

Dr Edouard Toulouse,
médecin en chef de asiles de la Seine.

PSYCHIATRIE

LA FOLIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA RESPONSABILITÉ

Par le Dr J.-F. Sutherland (d'Edimbourg),

Her Majesty's Deputy Commissioner in Lunacy for Scotland, Late Member and Secretary of Government Commission on Inebriety, Delinquency, and Vagabondage.

N. P. Qu'est-ce que la Folie? C'est une question souvent posée ; mais qui n'a jamais reçu une réponse satisfaisante. La folie n'a jamais été définie, et ne pourra jamais l'être tant qu'il n'existera pas un type de la santé mentale (sanity) ou de la normale ; et jusqu'à nos jours les psychologues n'ont jamais pu le trouver.

N. P. Le *sana mens in sano corpore*, axiome qu'on a cité couramment pendant des siècles, est plutôt d'une valeur relative qu'absolue, pour la raison que si on pouvait trouver un type parfait de la santé mentale et physique, on trouverait en même temps — sans parler des fous — tant d'exemples éloignés du type idéal qu'on se demanderait s'il était bien utile de chercher à établir ce dernier équivalent fixe et même s'il était possible de le faire.

N. P. La société et les lois qu'elle a imaginées se sont contentées d'exclure du « jugement sain » (sanity) les personnes atteintes d'aberration manifeste ou présentant une insuffisance intellectuelle. Dans le travail le plus récent sur la médecine légale des

aliénés, dû à Clevenger, de Chicago (1), on lit ceci : « La relativité universelle des choses rend impossible une définition absolue », et la plupart des aliénistes se contenteront de laisser cette affaire telle qu'elle est.

N. P. La folie a été définie, au point de vue légal et scientifique, de diverses manières par un grand nombre d'aliénistes compétents, par des légistes et par des juristes ; mais, en réalité, elle est ce que les médecins par certificat ou par témoignages de *vivâ voce* devant les Cours — la démontrent être — et ce que les juges, les jurés ou les autorités officielles, auxquels les législateurs ont délégué des pouvoirs juridiques, acceptent comme preuve concluante d'une altération psychique justifiant l'internement ou la tutelle. Pour de bonnes raisons cette manière de déterminer ce qu'est la folie a été acceptée par toutes les collectivités civilisées ; et des lois ont été dressées pour que la société fût protégée contre les violents et les gens dangereux, que celui atteint d'impulsions au suicide fût protégé contre lui-même, que ceux qui ont besoin de soins particuliers puissent les recevoir dans des établissements publics ou dans des maisons particulières, et que les personnes ayant de la fortune fussent protégées et mises sous tutelle.

N. P. Les symptômes de la folie sont à peu près les mêmes dans les pays où la psychiatrie est considérée comme une science possédant un certain degré de précision. La folie dont on ne peut guère mettre l'existence en doute, doit être considérée suivant qu'elle touche l'individu d'une part et la communauté d'autre part. En l'envisageant au point de vue individuel, la question concerne la liberté de la personne et le traitement approprié ; au point de vue de la société, l'importance en devient plus grande lorsqu'on considère les droits du citoyen, la capacité et la responsabilité tels que les codes les décrivent. En l'envisageant sous ces divers points de vue, il ne s'agit pas seulement de la garde de l'aliéné, mais aussi de la conservation de sa propriété suivant les lois civiles et de sa situation vis-à-vis des lois criminelles.

N. P. La question de la responsabilité des personnes qui sont scientifiquement et légalement folles devient plus difficile à résoudre lorsqu'on réfléchit que partout il existe une véritable armée d'individus, n'appartenant pas à la catégorie des aliénés, mais qui s'éloignent tellement de la moyenne qu'on leur applique la doctrine de folie partielle et de responsabilité partielle.

(1) Forensic Psychiatry by S. V. Clevenger M. D.

N. P. Les maîtres en médecine mentale (1) en France, en Allemagne, en Italie, en Autriche, dans les Etats-Unis et dans la Grande-Bretagne ont beaucoup discuté non seulement sur la question de la responsabilité des fous, mais aussi sur cette grande armée de dégénérés (épileptiques, alcooliques, neurasthéniques, hypochondriaques, kleptomanes, hystériques, dépravés sexuels et déséquilibrés) qui sont répandus dans toutes les classes de la société et aussi sur l'armée plus restreinte de la classe nuisible et antisociale (des criminels instinctifs et habituels, des vagabonds et des ambulants incurables). L'auteur invente un mot spécial concernant un type peu commun de kleptomane. Il a rencontré dans la pratique des exemples de femmes, pour la plupart non mariées, jusqu'alors honnêtes, quoique pauvres, qui, sur la fin de la grossesse volaient, mais rien que du linge d'enfant, ces vols se pratiquant avec une certaine adresse. Probablement les dérangements fonctionnels qui ont lieu sur la fin de la grossesse, pareils aux oiseaux qui tapissent leurs nids de plumes au printemps et instinctivement prennent des précautions pour l'arrivée des petits attendus, les poussaient aux manœuvres malhonnêtes.

N. P. Cette armée morbide, non compris les personnes reconnues comme étant légalement folles, donne de quoi réfléchir aux aliénistes et aux légistes.

On pourrait figurer ce double problème au point de vue statistique et rationnel par deux cercles concentriques (voir fig. 1), le plus grand représentant les sains d'esprit, le plus petit les fous, les dégénérés et les criminels. D'une manière générale, 993 sur 1.000 individus sont sains d'esprits, 3 pour 1000 sont aliénés et 4 de plus pour mille (3,5 étant des dégénérés et 0.5 des criminels d'habitude et instinctifs) se trouvent sur la lisière. Il va sans dire qu'il y a un va-et-vient constant entre les occupants de la vaste zone externe A et les occupants de la petite zone interne, qu'on a divisée en un segment B comprenant les fous, un segment C, comprenant les dégénérés, et une étroite bande D contenant les criminels instinctifs et d'habitude.

Les échanges entre A et B sont à peu près égaux et constants et constants aussi entre C et D ; mais les mélanges entre A d'une part et C et D de l'autre indiquent un mouvement plus accentué vers l'intérieur. Le nombre des criminels instinctifs ou criminels nés présentant des stigmates caractéristiques est par rapport à tous les délinquants si petit qu'on peut le regarder comme une

(1 Krafft-Ebing, Vargha, Lombroso, Benedikt, Mendel, Regis, Magnan, Flint, etc.

quantité négligeable. Evidemment les proportions ci-dessus sont plus ou moins arbitraires et ont été trouvées par les autres investigateurs (1).

La classification en fous dégénérés et délinquants est aussi peu justifiable que les autres et elle s'inspire de la conception de l'homme moyen que l'on considère comme type normal. L'auteur se rend parfaitement compte des objections des aliénistes français à l'expression « dégénérés » qu'ils regardent comme un terme trop large et par conséquent critiquable.

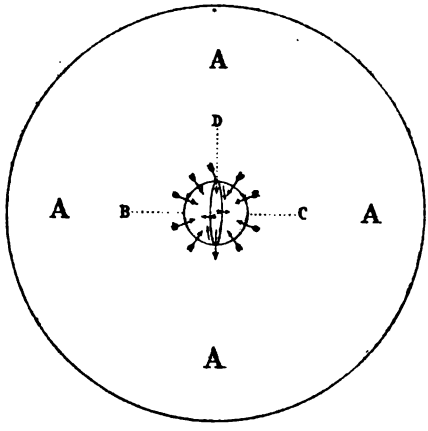

FIG. 1.

Cercles démontrant la proportion de fous dégénérés et de criminels d'habitude dans une collectivité par rapport aux sains d'esprit.

A Sains.
B Fous.
C Dégénérés.
D Criminels d'habitude et criminels nés.

N. B. Les flèches indiquent les échanges constants aux points de contact de B, C et D avec A ; et de B C et D entre eux.

Les types d'anormalité dont il a déjà été question et les variétés de chaque type démontrent combien il serait difficile de décider si la responsabilité doit être pleine et entière ou partielle. Ceci posé, que faut-il répondre à certains juges et aliénistes qui ne croient pas justifiée la privation complète de la responsabilité des aliénés, en se basant sur ce fait qu'une personne folle peut parfaitement se rendre compte qu'elle fait mal et quand même

(1) Mulhall, Dictionary of statistics. — Rapport de M. Herbette, Conseiller d'Etat et Président de la Commission Pénitentiaire Internationale, Paris, 1889. — Rapport général au ministre de l'intérieur sur le Service des Aliénés en 1894 par MM. les docteurs Constant, Luhier et Dumesnil. — Judicial Statistics of England, Scotland and Ireland. — Bureau of Statistics and Bureau of Education Washington, U. S.

agir parce que les forces qui la retiennent n'égalent pas les forces qui la poussent. — C'est cette doctrine qui a élevé tant de controverses dans la plupart des pays entre les juges, les avocats et les médecins et qui ne semble pas devoir cesser. Il y a lieu de croire que ce jugement trouve sa force dans la raison et non pas dans le sentiment et est à ce point de vue défectueux. La vérité c'est que devant le tribunal nous traitons la folie en concret et non en abstrait.

Les signes que la loi anglo-saxonne donne de la folie peuvent être résumés d'après ces questions : 1° Au moment de commettre le crime, est-ce que l'individu se rendait compte de la nature de l'acte ? et 2° savait-il que l'acte était blâmable ? Il est possible qu'on trouve coupable une personne folle sur chacun de ces deux points et qu'on la punisse. A ceux qui repoussent cette conception juridique on peut demander : « Par quoi voulez-vous la remplacer ? » Les critiques hostiles — à l'exception de Maudsley qui voudrait laisser les symptômes de la folie à l'appréciation du juré — gardent le silence. Si faute il y a, la loi est moins blâmable que les procédés employés en Angleterre où l'on n'admet pas la défense imparfaite d'un pauvre homme dont la folie n'est pas manifeste. Il faut que l'individu accepte les conclusions des personnes désignées par le *public prosecutor* pour examiner et faire un rapport sur son état mental.

Les amis d'un homme riche n'accepteront pas forcément et ne sont pas obligés d'accepter les termes de leur rapport, et des savants éminents de leur choix pourraient, et avec raison, voir d'une manière tout opposée. Les divergences d'opinion sont assurément tout aussi légitimes entre les médecins qu'entre les juges eux-mêmes. Le monde de la morale et de la politique se remplit de la lutte de l'opinion publique, et souvent les mêmes faits et circonstances amènent à des conclusions tout opposées et comme résultat la vérité en sort et l'équilibre reste dans les balances de la justice. A propos de ces divergences d'opinion un juge des cours suprêmes de la Justice à Edimbourg, pour discréditer le témoignage médical, disait en plaisantant dans le cours d'une cause célèbre, qu'il voyait devant lui 3 variétés de témoins : le menteur ; — le sacré menteur ; — et l'expert médical. — Une telle plaisanterie ne pouvait pas manquer de faire rire le railleur et l'étourdi ; et peut-être le juge était-il justifié en faisant cette observation, quand il se présentait des témoins experts qui paraissaient être assignés respectivement plutôt pour la poursuite et pour la défense que dans l'intérêt de la justice.

N. P. Au même temps l'attention du public fut attirée sur ce

problème à cause de certains verdicts, qui effrayaient alternativement le public et la profession médicale suivant que les dits verdicts enlevaient de la sécurité pour les premiers ou ignoraient la valeur de l'opinion scientifique, produisant ainsi un avortement de la justice. Mais il y a deux époques qui se distinguent bien nettement des autres : celle de 1843, lorsque la Commission des Juges établit les preuves de la folie dont on a déjà parlé, et celle de 1895 lorsque la Medico-Psychological Association de la Grande-Bretagne, en réponse à une demande fondée sur les connaissances défectueuses démontrait la nécessité de trouver une série de questions abstraites plus récentes et plus justes qui comportaient un désaccord encore plus grand et probablement encore plus de discrédit pour le spécialiste. Mais un bon résultat est sorti de ce mouvement. Un comité de savants (1) a délibéré avec beaucoup d'attention, a compulsé tout document pouvant éclairer la question et a fait un rapport en faveur de la loi telle qu'elle existe actuellement. Ainsi, le juriste et l'aliéniste sont au fond d'accord sur la doctrine vitale de la responsabilité. J'ose avancer que si le criminel rencontre de l'injustice, ce qui est rare, cela dépend de deux choses : primo, la pauvreté ou l'ignorance de lui-même, de ses parents ou des deux à la fois, et assez souvent l'illogisme de l'aliéniste expert, dont la conception de la folie et de ce qui constitue la responsabilité est aussi répréhensible que celle des juges anciens et modernes qu'ils blâment librement.

N. P. Je vais essayer de démontrer ce que je crois être l'attitude erronée, pour ne pas dire illogique — et la vérité m'oblige de le dire des aliénistes plus encore que des juges — au sujet de la grande majorité des auteurs de crimes de violence contre l'individu, qui se présentent devant les cours criminelles pour être juge.

Ce qui porte à croire qu'il y a du vrai dans l'affirmation que la justice peut faire fausse route parfois en n'admettant pas ou plutôt en ne découvrant pas l'existence de la folie, c'est le nombre de personnes qui deviennent folles après avoir été condamnées. Pendant l'année 1895, on a admis 219 aliénés (168 hommes et 51 femmes) dans les 49 asiles en Angleterre, en y comprenant Broadmoor criminal lunatic asylum. De ce nombre 143, c'est-à-dire pas moins de 55 %, ont été certifiés comme étant fous pendant qu'ils expiaient leurs peines pour leurs crimes. La proportion de femmes aux hommes n'est pas moins remarquable dans ce

(1) MM. les Drs Orange, Nicolson, Savage, Neasherby, Blandford, Woods, Yellowlees et Mercier.

total de 219, soit 100 à 1330. En prenant la moyenne des fous ordinaires du pays, c'est tout le contraire, la proportion des femmes aux hommes étant de 100 contre 88.

Il est évident que les obsessions et dispositions à faire le mal parmi les hommes dépassent de trois fois celles des femmes. Encore est-il intéressant de se renseigner sur la nature des crimes des 2102 aliénés qui sont entrés dans l'asile de Broadmoor, depuis que l'asile a été ouvert jusqu'au mois de décembre 1893 (1). Il paraît que 50 % des crimes représentaient des attaques contre des personnes et 3.7 % des attentats contre la pudeur. Dans la première classe, 12 % sont devenus fous après avoir été condamnés et dans la dernière pas moins de 44 %. Les chiffres se rapportant à la seconde classe démontrent clairement le défaut mental de ceux qui pèchent contre la pudeur, lequel, s'il n'est pas démontré pendant l'enquête, se manifeste bientôt.

Les seuls chiffres que je soumettrai en outre, comme se rapportant directement à cette discussion, sont les statistiques de crimes graves en Angleterre et en Ecosse pour la période quinquennale se terminant en 1895 (2). Dans chacun de ces pays 3.300 personnes en moyenne par an étaient accusées de crimes de violence, de meurtres, d'homicide intentionnel, coups et blessures. Ce n'est pas une exagération de dire que 95 % de ces crimes ont été commis par des personnes plus ou moins ivres. On comprendra maintenant pourquoi je n'ai pas désapprouvé, au contraire, le criterium actuel de la responsabilité reconnue par la loi Anglo-Saxonne et démontrée dans les Cours de la Justice en posant deux questions principales aux témoins médicaux : 1° L'accusé comprenait-il la nature et la qualité de l'acte ; 2° savait-il que l'acte était coupable? On pose non seulement la question si une personne ivre est un fou, malgré l'état transitoire de la manie ; mais cette autre que si les réponses à ces deux questions décidaient si l'accusé devait être tenu comme entièrement responsable ou le contraire, probablement on le traiterait comme un fou, ou bien sa peine serait modifiée.

Peut-être vaudrait-il mieux qu'on ne pose pas de questions abstraites aux témoins, mais si celles-ci doivent faire toujours partie d'un système légal, alors, aussi longtemps qu'elles s'appliquent à plus de 90 % des accusations les plus graves de voies de fait contre l'individu, elles ne méritent pas les critiques qu'on leur adresse couramment. Et ces crimes imputables à l'alcoolisme

(1) Address of Dr Nicolson, President of Medico-Psychological Association, 1895.

(2) Judicial statistics of England and Scotland.

vont en augmentant en France, en Russie, en Allemagne et dans la Grande-Bretagne, où la vente des boissons alcooliques falsifiées par des bouquets artificiels se trouve augmentée (1). Ces alcools produisent une toxicité nerveuse spéciale, des attaques convulsives, et une dégénérescence particulière, mentale et physique. Il est donc important de considérer très attentivement la question de la responsabilité dans ses rapports avec la grande majorité de criminels vis-à-vis de la loi criminelle, c'est-à-dire, les alcooliques, les juges et les aliénistes, qui acceptent et insistent sur la nature « coupable » du crime et l'état d'esprit « volontairement » déséquilibré, ont manqué d'apprécier des faits évidents. Qu'il n'y a pas de place pour un dogmatisme pareil serait l'opinion de la plupart des aliénistes en France, où le code criminel a reconnu deux degrés de meurtre. C'est avec satisfaction que je mentionne les opinions de Legrand du Saulle en 1879, l'aliéniste perspicace et expérimenté de Paris, qui a eu maintes fois devant lui toutes les variétés de dégénérés moraux et physiques, le dipsomane, le sadique, des adolescents déséquilibrés de la classe riche auxquels la nature avait refusé le pouvoir de se contrôler et le buveur qui commettait des crimes pendant son état d'ivresse. Beaucoup de ces personnes, au lieu d'être remises aux mains de la Police correctionnelle, étaient mises en observation ou reléguées à Sainte-Anne.

Les opinions que j'ai essayé de combattre, quoi qu'elles sortent des sources les plus autorisées, présentent plusieurs points à discussion. Il serait excusable de poser la question de savoir si de tels cas peuvent être interprétés autrement. Ne pouvait-on pas raisonner justement et se demander : 1° Si une personne en état d'ivresse peut légalement commettre un acte coupable ? 2° Si à un moment quelconque de ses habitudes un alcoolique chronique buvait volontairement, car ceci impliquerait la certitude d'une absence latente ou patente de dégénérescence physique ou mentale, et 3° Si, en admettant, comme dans le cas d'une personne qui s'enivre occasionnellement, que l'acte de boire une quantité modérée était volontaire — au moment où les facultés sont suffisamment altérées — ce qui arrive plus tôt chez l'un que chez l'autre suivant le tempérament et les habitudes, — par une paralysie partielle des centres nerveux élevés — l'envie de boire davantage devient involontaire et amène l'état paroxysmal et de démence.

(1) Magnan. Alcoolisme et Dégénerescence mentale.—Rapport de la Commission composée de MM. Brouardel, Magnan, Laborde, etc., etc. — Albutt's system of Medecine, Alcoolisme, par H. David Rolleston M. D.

La manière la plus juste pour traiter ces cas serait d'accepter le prétexte de folie au moment du crime, et dans un cas d'homicide en réduisant le crime au second degré, comme cela existe dans le Code criminel de France. Ceci est l'opinion de Clark Bell (1), de New-York.

Brouardel, l'éminent médecin légiste de Paris, ne voit pas précisément de cette manière si on peut en juger d'après l'extrait succinct pris d'un ouvrage traduit (2). Il dit : « Je ne peux admettre l'irresponsabilité des personnes sous l'influence d'un accès alcoolique. Ce n'est pas la même chose que la folie. Il est devenu enragé à cause de ses habitudes vicieuses et au moins il est responsable pour les actes préliminaires qui conduisaient à la perpétration du crime. » Il y a du vrai dans cette opinion, mais elle conduit bien plutôt à la responsabilité partielle qu'à la responsabilité entière. C'est là une affirmation qui fait plaisir. Plus loin cet auteur dit : « Un homme sous la domination de l'alcool, qui *sait* que ses habitudes le mettront peu à peu dans une telle condition qu'il pourrait tuer ses semblables est responsable pour l'action. » Sauf dans les cas excessivement rares où l'individu boit de l'alcool, pour commettre un crime, cette dernière opinion de l'éminent aliéniste nous conduit sur un terrain plein de doute et d'hypothèse. Dans l'état d'ivresse, il y a un désordre tellement complet et profond des facultés spéciales qu'on peut admettre que la reconnaissance du bien et du mal manque invariablement. Et encore on peut accepter que de boire à l'excès est une habitude ou coutume qu'aucune peine n'empêchera, et non pas entreprise dans le but de commettre un crime.

Le dernier numéro de la *Revue Socialiste* (128 pages de texte grand in-8°), qui vient de paraître, contient entre autres articles très intéressants, une étude du plus haut intérêt de Paul Louis, sur les causes économiques de l'*Impérialisme anglo-saxon*, provoqué surtout par la nécessité de créer de nouveaux débouchés à l'industrie anglaise stagnante. L'article de M. Guillaume de Greef, le savant recteur de l'Université libre de Bruxelles, est consacré à une histoire de la monnaie et du crédit avant le dix-huitième siècle. M. Ossip Lourié étudie, dans le même numéro, la philosophie sociale de Tolstoï, philosophie peu connue encore en France, malgré le bruit fait autour de l'auteur de la *Guerre* et de *La Paix*. M. Gerolamo Gatti, député socialiste au Parlement italien, nous met au courant des programmes agraires formulés par les divers partis politiques d'Italie. Enfin, M. Vandervelde publie les résultats d'une enquête faite en Belgique sur l'évolution de la propriété.

---

(1) Manuel of medical Jurisprudence, by Clark Bell.

(2) La mort et la mort subite, par P. Brouardel, traduit par Lucas Benham,

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

VARIATIONS DE LA TEMPÉRATURE EN RAPPORT AVEC L'AGITATION CHEZ UNE EXCITÉE MANIAQUE.

Par MM. TOULOUSE et MARCHAND.

Il est admis généralement que la folie est une maladie apyrétique. On a même fait de la fièvre l'élément diagnostic différentiel principal du délire vésanique et du délire symptomatique. Cette façon de voir n'est vraie que d'une façon schématique. Il existe en effet chez les aliénés des modifications de la température coïncidant avec les périodes de calme et les périodes d'agitation, ainsi que le montre l'observation suivante prise dans le service de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif, et dont nous avons communiqué un résumé à la Société de Biologie (1).

Il s'agit d'une femme, Can..., âgée de cinquante et un ans. Elle présente, depuis son admission dans le service, une excitation maniaque à marche irrégulière ; au milieu de cette excitation maniaque apparaissent parfois des idées ambitieuses et hypocondriaques qui ont fait songer à la paralysie générale qu'aucun autre symptôme n'est venu confirmer. Quoi qu'il en soit de ce diagnostic, ce qui est important ici, c'est la marche de la température en rapport avec l'agitation.

Nous avons pris la température de cette malade durant une période caractérisée par des alternatives de calme et d'agitation, période qui dura du 17 avril au 30 avril 1898 et pendant laquelle la malade est restée alitée. La température a été observée à 7 heures du matin et à 5 heures du soir avant chaque repas, et nous avons noté chaque fois l'état mental (agitation ou calme). Nous nous sommes servis du même thermomètre durant toutes les observations et nous avons toujours pris la température rectale. Nous donnons les détails de ces observations dans le tableau suivant :

	ÉTAT DE CALME		ÉTAT D'AGITATION	
Dates.	7 h. matin.	5 h. soir.	7 h. matin.	5 h. soir.
17 avril 1898.	»	»	37°5	37°3
18 —	37°2	37°7	»	»
19 —	»	»	37°7	38°4
20 —	37°4	37°7	»	»
21 —	37°2	37°2	»	»
22 —	37°4	37°7	»	»
23 —	37°3	37°7	»	»

(1) *Soc. de Biologie*, 10 février 1899. On remarquera que certains chiffres de cet article ne sont pas les mêmes que ceux de la communication qui n'avaient pas été corrigés sur les épreuves. Ces différences minimes ne changent d'ailleurs rien aux conclusions.

Dates.	ÉTAT DE CALME		ÉTAT D'AGITATION	
	7 h. matin.	5 h. soir.	7 h. matin.	5 h. soir.
24 avril 1898.	37°3	37°7	37°4	38°1
25 —	»	»	37°4	38°2
26 —	»	»	37°5	38°1
27 —	»	»	37°5	38°
28 —	»	»	37°8	38°4
29 —	»	»	37°4	38°3
30 —	»	»	37°7	38°
Moyennes.	37°3	37°6	37°5	38°1

Ce tableau montre que la température des périodes de calme peut être considérée comme normale, bien qu'un peu au-dessus de la moyenne d'après Richet (37°1) (1), et que l'agitation s'accompagne d'une élévation thermique qui atteint en moyenne 2 dixièmes de degré pour le matin et 6 dixièmes de degré pour le soir. La différence la plus grande est donc celle qui existe entre la température du soir des jours de calme et celle des jours d'agitation.

Pour bien établir les variations concomitantes de la température avec l'agitation, nous avons durant une autre période, noté la température quatre fois par jour (5 heures matin, midi, 5 heures soir, minuit), en indiquant chaque fois l'état mental. Nous avons pu recueillir ainsi 18 journées d'observation non continues dont nous donnons les résultats dans le tableau suivant :

Dates.	ÉTAT DE CALME				ÉTAT D'AGITATION			
	5 h. matin.	Midi.	5 h. soir.	Minuit.	5 h. matin.	Midi.	5 h. soir.	Minuit.
5 mai 1898.	»	»	»	37°5	37°	37°7	37°9	»
6 —	37°3	»	»	37°1	»	37°5	37°8	»
7 —	»	37°4	37°3	»	37°1	»	»	37°1
8 —	»	»	»	36°7	36°7	37°8	37°9	»
9 —	»	»	»	36°6	37°3	37°5	37°9	»
11 —	»	»	37°8	37°1	37°2	38°	»	»
12 —	»	37°5	37°2	»	37°4	»	»	37°6
13 —	»	»	»	37°2	38°2	37°8	38°2	»
14 —	»	»	»	36°3	37°1	37°9	38°2	»
16 —	»	37°2	»	36°3	36°5	»	37°8	»
18 —	»	»	»	36°5	37°5	37°1	37°6	»
19 —	»	»	»	36°5	37°2	37°6	37°8	»
20 —	36°8	»	37°7	36°9	»	37°4	»	»
21 —	36°5	37°4	37°7	36°7	»	»	»	»
22 —	37°1	37°4	37°9	37°3	»	»	»	»
23 —	»	»	»	36°6	37°	37°7	37°9	»
24 —	»	»	»	36°5	36°9	37°2	37°6	»
25 —	»	»	»	36°8	37°	37°4	37°5	»
Moyennes.	36°9	37°3	37°6	36°7	37°1	37°5	37°8	37°3

On voit que l'agitation est rare à minuit et que la température

(1) Art. Chaleur, Dict. de Physiologie.

est toujours plus élevée dans les périodes d'agitation, quelle que soit l'heure à laquelle on la considère. La comparaison des températures moyennes correspondant aux diverses heures de calme ou d'agitation permet d'établir ce tableau :

	5 h. matin.	midi.	5 h. soir.	minuit.
Agitation.....	37°1	37°5	37°8	37°3
Calme.....	36°9	37°3	77°6	36°7
Différences.....	0°2	0°2	0°2	0°6

Il faut encore noter que les résultats des deux tableaux se confirment, le nombre des observations contenues dans les deux est suffisant pour justifier les conclusions que nous en tirons.

C'est à minuit que la température est, durant les moments d'agitation, la plus élevée. Or, à ce moment, il se produit normalement un abaissement thermique. On pourrait admettre, pour expliquer ce fait, que l'agitation doit être plus forte pour se manifester la nuit où l'organisme tend naturellement vers le repos ; on comprendrait ainsi que l'élévation thermique, qui accompagne l'agitation, croisse avec cette dernière.

Quoi qu'il en soit, il est évident que l'agitation s'accompagne toujours chez cette malade d'une élévation thermique. A quoi ce phénomène est-il dû ? On sait que le travail intellectuel s'accompagne d'une élévation thermique. M. Gley (1) a rapporté une observation personnelle. Toute excitation cérébrale traumatique, électrique ou autre, élève d'ailleurs la température ; mais l'agitation ne se manifeste pas que par de l'excitation intellectuelle. Les maniaques gesticulent, ce qui tend encore à accroître leur température. Ces deux causes agiraient donc vraisemblablement pour produire l'élévation thermique.

L'explication présentée ainsi cadre avec ce que nous savons sur la physiologie de la chaleur animale. Mais on pourrait encore penser qu'une partie de cette légère hyperthermie fût non l'effet, mais la cause ou tout au moins la condition de l'excitation cérébrale. Une théorie de Lange (2), adoptée par plusieurs, tend à faire de l'émotion fait de conscience une conséquence des modifications physiologiques qui ont passé longtemps pour être ses effets. Il est possible que l'excitation intellectuelle ne puisse avoir lieu que dans certaines conditions dont l'une serait une légère élévation thermique. Dans ce cas celle-ci étant provoquée par un autre phénomène (processus anatomique dans le cas d'une paralysie générale ou peut-être une altération de nutrition dans les psychoses), les cellules nerveuses seraient excitées et il en résulterait de la loquacité et des gesticulations qui auraient pour effet de provoquer secondairement l'élévation thermique. Beaucoup de phénomènes pathologiques constituent ainsi des cercles vicieux.

(1) Art. Chaleur. Loco citato.
(2) Lange. Les émotions. Traduction Dumas, 1895.

ENSEIGNEMENT

LE STAGE DE MÉDECINE MENTALE A L'ÉTRANGER.

Il est interessant, au moment où l'on demande un stage obligatoire pour les étudiants français dans leur clinique psychiatrique de jeter un coup d'œil sur ce qui se passe à l'étranger et de voir comment dans chaque pays la médecine mentale est enseignée, et quels sont les divers titres necessaires pour devenir médecin aliéniste. Nous tenons les renseignements qui suivent de MM. Nacke de Leipzig, les Drs Morel (de Mons), Kavalevsky (de Varsovie), Kraft-Ebing (de Vienne), Morselli (de Gênes). Bogdan (de Jassy), que nous remercions ici bien vivement.

En Angleterre, il n'y a pas de diplômes d'Etat. Dans certaines Universites, à Edimbourg, par exemple, il existe un stage obligatoire de 3 mois. L'Association médico-psychologique de Londres nomme annuellement des Jurés pour faire passer des examens spéciaux pour les aliénistes et aussi pour les gardiens.

En Allemagne, la psychiatrie n'est pas encore rangée parmi les matières obligatoires de l'examen. Il y a maintenant à *chacune* des universites allemandes (21-22) une clinique de psychiatrie et un professeur Agrégé pour cette science : mais comme celle-ci n'est pas encore obligatoire, il y a bien des étudiants qui ne suivent pas ces cours-là. Mais ce n'est que question de temps ; certes sous peu, la psychiatrie deviendra obligatoire.

En Saxe, personne déjà ne peut devenir « Bezirksarzt », c'est-à-dire médecin d'arrondissement, « s'il n'a pas été au moins 4 mois dans un établissement d'aliénés. Pour les étudiants on demandera probablement un semestre de cours de psychiatrie, dans la dernière année des études.

Chaque médecin peut devenir aliéniste, en entrant dans un asile d'aliénés. En Saxe, il ne devient fixé que lorsqu'il a passé l'examen de « Bezirksarzt », qui est assez compliqué : dans les autres pays de l'Allemagne, ce n'est pas exigé.

Ayant passé l'examen (seulement 2 ans après avoir quitté l'Université) le jeune médecin devient fonctionnaire, reçoit sur le champ 2.400, 3.000 francs de traitement et peut monter jusqu'à 7.000 et a droit à une retraite. Dans les autres pays allemands, il y a d'autres organisations.

En Belgique, il n'existe aucun stage de médecine mentale. Il n'y a en Belgique que deux asiles de l'Etat (Tournai et Mons). Tous les autres asiles ont des médecins nommés par leurs propriétaires ou plutôt proposés par ceux-ci au Ministre. Les propositions sont toujours agréées par le Ministre.

Il n'y a aucun diplôme spécial en médecine mentale. Le Ministre le voudrait instituer ; mais les propriétaires d'asiles accepte-

ront-ils les diplômes spéciaux ? La personne est le plus souvent plus importante que le diplôme pour les propriétaires.

Un médecin-adjoint, un ancien Chef de Clinique, peut se voir écarté par le propriétaire, même quand il a de sérieux titres.

En Russie, il n'y a pas officiellement de stage de médecine mentale ; et chaque médecin a, par ses diplômes, le droit d'occuper un poste de médecin-aliéniste dans un hôpital ou un asile pour aliénés. Mais de fait les choses se font autrement ; depuis ces dernières quinze années, il est rare et même impossible de recevoir une place de médecin dans un service d'aliénés sans s'y être préparé spécialement, en passant 2 ou 3 années dans une clinique psychiatrique, un grand hôpital ou un asile pour aliénés. De cette manière la nécessité d'un stage de médecine mentale a été établie sans être officiellement exigé.

Il n'existe pas en Russie d'examens et de diplômes spéciaux de médecin-aliéniste, mais de fait nous avons un groupe d'aliénistes qui sont connus comme tels, grâce à leurs travaux scientifiques, ou leur activité pratique dans le domaine de la médecine mentale.

En Autriche, la fréquentation d'une clinique ou d'un service d'aliénés n'est exigible du médecin que s'il désire être attaché à un asile public.

En ce cas, il doit avoir suivi, durant un semestre, une clinique psychiatrique ou avoir été durant 3 mois interne dans une maison de santé. Il subit alors une épreuve où il est interrogé aussi sur la Psychiatrie, ayant à examiner un malade et à l'apprécier.

Une épreuve spéciale et un diplôme spécial de Psychiatrie n'existent pas en Autriche. Il n'y a qu'une épreuve de médecine générale, après quoi le candidat devient *Doctor Medicinal Universal*. Dans l'ordre actuel des études en examens, la Psychiatrie est passée sous silence. Mais cela doit bientôt changer. Dans la réglementation existante chacun peut devenir *Doctor Medicinal Universal* sans connaître un seul mot de Psychiatrie.

Le stage de médecine mentale, entendu comme en France, n'existe pas en Italie.

Le cours d'études médicales théoriques et pratiques comprend six ans à la fin desquels l'étudiant soutient un examen général qui lui donne le titre de docteur en Médecine et en Chirurgie et l'autorise en même temps à exercer la profession. La pratique du stage s'accomplit pendant les six années d'Université, et particulièrement pendant la cinquième et la sixième qui sont destinées surtout à l'enseignement clinique.

Pendant la quatrième année les étudiants doivent aussi fréquenter la clinique médicale et chirurgicale.

Il existe une clinique des maladies mentales dans presque toutes les Facultés médicales d'Italie ; et ordinairement elle est ouverte aux élèves de sixième année ou quelquefois de cinquième. Le Règlement rend obligatoire l'assiduité aux cours de Psychiatrie et l'examen sur cette matière.

Le cours de Psychiatrie dure *un an* avec 2 ou 3 leçons par semaine.

L'enseignement se donne ordinairement dans les asiles, qui sont tenus par la loi de prêter le matériel clinique à l'Université locale. Quelques cliniques (Padoue, Pavie) sont dans un hôpital commun, mais les malades sont presque toujours choisis par le professeur parmi les aliénés du plus proche asile.

Le nombre des lits destinés à la clinique des maladies mentales varie entre 24 et 60. Il y a des cliniques psychiatriques bâties dans ce but. Florence est à présent la plus riche et la mieux organisée de nos cliniques de maladies mentales. Après Florence, vient Palerme. Le gouvernement a contribué seulement en partie pour la construction de ces cliniques : Ce sont les provinces qui ont fait les dépenses mais elles sont toujours obligées de prêter le matériel. Par exemple, la clinique de Florence a coûté 250.000 francs, et je pense qu'il n'y a pas en Europe une clinique pareille, sinon Leipzig et peut-être Strasbourg, mais je crois encore qu'elles sont moins riches.

A côté de cette clinique, qui est très bien pourvue (après elle celle de Palerme), il y en a de pauvres ; et ce ne sont pas celles-là qui produisent le moins.

Partout où il y a une clinique de psychiatrie (et à présent elle se trouve dans toutes les Universités), l'examen est obligatoire ; mais il ne donne pas droit à un titre spécial d'aliéniste : il contribue seulement, avec tous les autres examens, à donner le titre de docteur et le diplôme d'exercice.

Les places dans les cliniques, place d'aide, chef de clinique, assistant, etc., se donnent ordinairement par le choix du professeur ; quelquefois par concours. Les places de médecin dans les asiles, qui sont tous indépendants de l'Etat et appartiennent aux provinces ou à des administrations locales se donnent plus ou moins arbitrairement. Le système du concours est moralement plus estimé que les autres, et, quand il l'a pu, le gouvernement l'a imposé aux hôpitaux, mais les administrations trouvent toujours les moyens d'échapper à la loi.

Il y a actuellement en Italie 16 cliniques, dans les villes de Turin, Gênes, Pavie, Naples, Rome, Padoue, Pise, Bologne, Florence, Catane, Palerme, Sienne, Modène, Parme, Messine, Pagliari.

En Roumanie, l'étude de la médecine mentale est très mal organisée et n'existe pas pour ainsi dire.

Il n'y a que deux facultés de médecine, une à Bucharest, une autre à Jassy, mais il n'y a pas de chaire proprement dite de médecine mentale. Les professeurs de médecine légale sont chargés de faire aussi des cours de médecine mentale. A Bucharest, le Dr A. Sutu est professeur de médecine légale et de médecine mentale.

A Jassy, c'est le Dr Bogdan qui remplit ces fonctions.

Il n'y a pas de stage obligatoire pour la médecine mentale, et les

élèves en médecine vont quand bon leur semble, dans les asiles d'aliénés surtout par curiosité et distraction.

Les asiles d'aliénés sont dirigés par des médecins qui doivent passer à cet effet un concours spécial pour les maladies mentales ; ceux qui réussissent sont nommés médecins en chef payés de 400 à 500 francs par mois par les différentes administrations hospitalières.

En résumé, il n'y a qu'en Italie et en Angleterre que le stage de médecine mentale soit obligatoire et encore ce stage en Angleterre n'est-il obligatoire que dans la faculté d'Edimbourg. Si un médecin veut s'adonner à la médecine mentale et occuper une place de médecin dans un asile, des examens spéciaux ont lieu dans chaque pays : seule, la Belgique fait exception : chez elle, ce sont les propriétaires d'asiles qui choisissent leurs médecins.

L. MARCHAND.

REVUE DES LIVRES

—

Clinique des maladies du système nerveux : Hospice de la Salpêtrière (ANNÉE 1896-1897). — *Troisième série*, par le Pr RAYMOND. Paris 1898. Octave Doin, éditeur.

Le professeur Raymond a publié dans ces dernières années trois volumes de ses leçons cliniques, faites à la Salpêtrière, et où son enseignement apparaît en toute son importance scientifique et pratique.

C'est chose légitime, après la lecture de ses ouvrages, de proclamer que la Salpêtrière reste un champ fertile et que l'*Ecole* est encore florissante, après la disparition de son fondateur.

Les deux premiers de ces volumes ont montré, on le sait, « l'*Œuvre d'un homme* » et « l'*Œuvre d'une époque* », résumé des travaux de Charcot, de ses élèves et de ses contemporains.

Parmi les leçons qui traitent de sujets plus spéciaux, on y trouve la description des maladies des plexus nerveux, celle des affections du bulbe et de la protubérance ; des leçons sur la sclérose latérale amyotrophique, la syringomyélie, l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, les myoclonies. Deux leçons du premier volume sont consacrées à l'hérédité en pathologie nerveuse, qui dominent l'ensemble des maladies du système nerveux.

Dans le second volume, on note un grand nombre de leçons consacrées à l'étude des maladies des nerfs périphériques, à celle des lésions de la corne antérieure de la moelle, avec troubles de la sensibilité et en particulier au tabes.

Le troisième volume, qui vient de paraître, continue les précédents par une série de leçons dont voici les titres :

Deux cas de lésions en foyer de la zone rollandique. (Deux leçons.)

Sur un autre cas de tumeur de la zone rollandique.

Sur trois cas de tumeurs cérébrales. (Deux leçons.)

Sur un cas de tumeur du cervelet. Néoplasme cérébelleux ou tumeur du centre ovale. — Sur un nouveau cas de tumeur du cervelet. — Sur un cas de paralysie alterne. — Sur un nouveau cas de paralysie alterne. — Sur un cas de vertige auriculaire. — Tumeur de la zone rollandique. — Vertige auriculaire. — Paralysie alterne par tumeur bulbo-protubérantielle. (Présentations de pièces anatomiques.) — Diagnostic des tumeurs cérébrales. (Diagnostic général.) — Diagnostic des tumeurs cérébrales.(Diagnostic topographique. Trois leçons.)

De l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs solides de l'encéphale. La maladie de Friedreich. (Deux leçons.)

Tabes juvenile et tabes héréditaire. (Trois leçons.)

Sur cinq cas d'atrophie héréditaire de la papille.—Sur un cas de rigidité spasmodique des membres inférieurs.— Sclérose latérale amyotrophique à début bulbaire.—Sur un cas d'hémisection traumatique de la moelle. Maladie de Thomsen et myélite syphilitique. —Sur un cas de monoplégie du membre inférieur droit compliqué d'un érythème polymorphe.— Sur un cas de diplégie faciale. — Sur un cas de polynévrite subaiguë à marche extensive. — Sur un cas de névrite apoplectiforme. — De la sclérodermie. — Sur deux cas d'hystérie mâle.

Tant de sujets différents sont traités dans les trois volumes de la Clinique du Professeur Raymond qu'ils embrassent la plus grande partie de la pathologie nerveuse. Chacune des leçons qu'ils contiennent mériterait, c'est indiscutable, une analyse détaillée, justifiée par l'importance des détails de tant d'observations intéressantes, par l'originalité des vues, par l'enseignement que comporte pour le clinicien chacune de ces observations, magistralement décrite et commentée. Nous regrettons de n'en pouvoir donner à nos lecteurs une analyse qui soit en proportion du nombre des faits cliniques accumulés et de l'importance qui se dégage de chacun d'eux. L'énumération des chapitres suffit du moins à leur donner une idée de l'étendue de l'œuvre du professeur Raymond.

Tous ceux qui ont écouté ses leçons savent avec quel soin le professeur pratique l'examen de ses malades, étude approfondie, qui n'a d'égale que la clarté d'une irréprochable exposition.

Des planches en couleurs et de nombreuses figures dans le texte feront encore apprécier ces leçons,dont l'intérêt clinique, anatomique et thérapeutique est considérable.

M. Klippel.

Sur la paralysie générale progressive. Etude statistique et clinique,

Par le professeur Funaioli,
Médecin superintendant du manicôme Saint-Nicolas de Sienne.

Le professeur Funaioli a fait paraître récemment une étude sur la paralysie générale. S'il est une forme d'aliénation mentale qui ait été l'objet de recherches nombreuses de la part des aliénistes et des neuro-pathologistes, c'est assurément la paralysie générale. Cependant, toutes les études cliniques et anatomo-pathologiques, toutes les observations recueillies sur ce sujet ne sont pas arrivées à combler les lacunes qui s'opposent encore à la connaissance complète de cette psychopathie. Aussi l'auteur a-t-il pensé qu'il n'était pas inutile de joindre ses efforts personnels à ceux des autres, dans l'espoir de contribuer à élucider quelques points obscurs en controversion de la pathogénie ou de la pathologie spéciale de cette affection. Pour atteindre ce but, il ne suffit pas de quelques cas cliniques soigneusement observés, il faut un nombre considérable d'observations suivies pendant de nombreuses années. C'est pourquoi M. Funaioli a cru indispensable de réunir les cas de paralysie générale soignés à l'asile Saint-Nicolas de Sienne pendant une période de 12 ans, de 1886 à 1897, sans se préoccuper des résultats auxquels il pourrait arriver, mais résolu à les présenter, quels qu'ils puissent être dans leur nudité, pour arriver, dans la mesure du possible, à la découverte de la vérité.

Deux cent quatre-vingt-dix paralytiques généraux, dont 218 hommes et 72 femmes, ont été admis à l'asile de Sienne pendant ces douze années ; 257 sont décédés, dont 189 hommes et 68 femmes.

Au point de vue de l'âge, c'est de 30 à 49 ans que la paralysie générale se manifeste de préférence. Les hommes mariés y seraient plus exposés que les célibataires et les veufs : sur 218 hommes paralytiques généraux, 139 étaient mariés, 55 célibataires et 32 veufs. Sur 72 paralytiques femmes, 40 étaient mariées, 16 célibataires et 16 veuves.

L'auteur a voulu aussi tenir compte de la profession, de la condition et de l'instruction des malades. Il est arrivé à ce résultat que les personnes adonnées aux travaux manuels, les pauvres, et les illettrés sont atteints plus fréquemment que les individus qui ont embrassé une carrière libérale, qui jouissent de l'aisance et qui ont reçu une certaine instruction. Il fait remarquer également l'immunité presque complète des religieux.

L'auteur n'a pas constaté d'augmentation dans le nombre des entrées des paralytiques généraux ; la moyenne des admissions pour la période de 1886 à 1897 est même inférieure à celle des dix années précédentes. Il est ainsi conduit à admettre que le chiffre

des paralytiques généraux est allé en diminuant pendant les vingt-deux dernières années. La proportion des hommes aux femmes est de 3 à 1.

Des cinq provinces qui envoient leurs aliénés au manicôme de Sienne, c'est Livourne qui a fourni le plus fort contingent de paralytiques : 95 hommes et 23 femmes; vient ensuite Pise, avec 50 hommes et 23 femmes, puis Sienne avec 34 hommes et 14 femmes; les provinces d'Arezzo et de Grosseto en ont envoyé un nombre insignifiant, 6, tant hommes que femmes. On reconnaît là l'influence des villes commerçantes, avec les conditions spéciales d'existence qu'elles entraînent, sur la production de la paralysie générale.

La partie la plus importante de son travail est celle qui est consacrée à l'étude des causes qui influent sur le développement de la paralysie générale. Comme cause prédisposante, l'hérédité joue un rôle important, qu'il s'agisse d'hérédité vésanique, neuropathique, alcoolique ou congestive. L'hérédité directe entre dans la statistique pour le chiffre de 24 % et l'hérédité collatérale pour celui de 22 %.

Parmi les causes occasionnelles dont l'action a été le plus souvent notée, il convient de citer, d'après l'ordre de fréquence : les chagrins dans 26 % des cas, l'alcoolisme dans 25 %, la syphilis dans 18 % et l'abus de la vie dans 11 %. L'auteur fait remarquer que la maladie est en général le produit de causes multiples ; il s'est néanmoins efforcé de déterminer dans quelle proportion certaines causes agissent seules et en combinaison avec d'autres. Voici le résultat de ses recherches sur ce point : l'alcoolisme, comme cause unique, a donné naissance à la paralysie générale dans 11 % des cas ; uni à la syphilis dans 4,8 % et uni aux chagrins dans 4 %. La syphilis, à elle seule, a produit cette affection dans 4,4 % des cas, unie à l'abus de la vie dans 3,4 %, aux chagrins dans 3,4 %, et aux abus vénériens dans 2 %.

L'abus de la vie paraît avoir déterminé l'apparition de la paralysie générale dans une proportion de 6,7 % et les chagrins, dont l'action est plus marquée chez la femme, dans une proportion de 7,5 % pour les deux sexes et de 17,9 % chez la femme.

Pour les formes de la paralysie générale, M. Funaioli a suivi la classification adoptée par Voisin ; aux cinq formes admises par ce dernier, il a ajouté la forme circulaire. Il n'a pas tenu compte de quelques formes dépressives avec délire hyponchondriaque ou de persécution, ne jugeant pas utile de multiplier les formes, en raison de la prédominance de tel ou tel symptôme. Des paralytiques observés par lui, 109 étaient atteints de la forme commune, 85 de la forme démente, 12 de la forme aiguë, 11 de la forme sénile. Ces formes différentes ne sont pas déterminées, au point de vue étiologique, par une cause spéciale ; elles s'expliqueraient par le tempérament psychique, particulier à l'individu, puisque la folie n'est

en somme que l'exagération de tous les phénomènes qui constituent le caractère, les sentiments et les tendances de l'individu à l'état normal.

La durée de la maladie est variable ; c'est au cours de la première année qu'est survenu le plus grand nombre de décès : 88. Dans cinq cas, la mort est survenue entre la 5e et la 8e année et dans trois entre la 8e et la 12e année.

La terminaison habituelle de la paralysie générale est la mort. Dans une pratique de 25 années, l'auteur n'a vu qu'un seul cas de guérison chez un paralytique d'origine alcoolique. Les causes les plus fréquentes de la mort sont la congestion cérébrale, le marasme, la paralysie cardiaque.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Funaioli rapporte vingt-sept observations, recueillies avec le plus grand soin, de paralytiques généraux, actuellement en traitement dans son service.

Un chapitre d'anatomie pathologique nous fait connaître les résultats des recherches portant sur 97 autopsies de paralytiques. Il admet que les lésions primitives de la paralysie générale sont des lésions vasculaires d'où dérivent les altérations des éléments nerveux du cerveau, de la névralgie, du bulbe, de la moelle et des ganglions du grand sympathique. Bien qu'il n'ait pas étendu ses investigations aux nerfs périphériques, il admet cependant que ceux-ci sont intéressés dans la paralysie générale. Recherchant l'origine des lésions vasculaires, ils se demandent si celles-ci ne pourraient pas reconnaître pour cause l'action de produits toxiques qui, s'accumulant dans le sérum sanguin, provoqueraient directement les altérations des vaisseaux. Il est disposé à admettre pour la paralysie générale une origine infectieuse ou toxique, comme pouvant seule expliquer la pathogénie de cette maladie. C'est en somme la théorie émise pour la première fois, il y a une dizaine d'années, par le docteur M. Klippel et qui a été, depuis lors, soutenue et développée par lui dans d'importants mémoires que nous aurions aimé à voir citer dans l'ouvrage que nous analysons.

En ce qui concerne la thérapeutique de la paralysie générale, l'auteur reconnaît que l'on n'a pas sur elle d'action curative et que l'on ne dispose guère que de moyens destinés à en ralentir la marche et à rendre la vie plus tolérable au malade.

L'ouvrage du professeur Funaioli constitue un intéressant recueil de documents qui sera avantageusement consulté par tous ceux qu'intéressent les questions multiples et encore si controversées qui ont trait à la paralysie générale.

F. Pactet.

Etude de la descendance des paralytiques généraux,

Par le Dr Wahl. (*Thèse de Paris*, 1898.)

L'enfant d'un paralytique général a-t-il quelque chose à craindre du côté du système nerveux ?

Telle est la question que l'auteur s'est posée et a cherché à résoudre. Il rappelle d'abord que pour certains auteurs (Lunier, M. Doutrebente, MM. Ball et Regis) les affections que les descendants des paralytiques généraux ont le plus à appréhender sont les affections congestives du système nerveux (les convulsions par exemple dans le bas-âge, le ramollissement cérébral dans l'âge avancé). Pour ces auteurs, les sujets dont il s'agit n'ont rien à redouter du fait de leur hérédité du côté de la sphère psychique ; chez eux, les maladies mentales ne sont point à craindre.

Cette opinion avait déjà été combattue par M. Dagonet, M. Christin, M. Déjerine, M. Féré. En effet, ces auteurs ont montré que l'hérédité dans la paralysie générale est avant tout une hérédité de tendance et non une hérédité de forme, et les enfants des paralytiques généraux peuvent être atteints d'une altération pathologique dans la sphère psychique aussi bien que dans la sphère somatique.

D'ailleurs, M. Wahl fait remarquer très nettement que les causes que l'on attribue habituellement à la paralysie générale sont l'alcoolisme, les infections et la syphilis. Or ces différents états pris séparément sont des causes fréquentes de maladies nerveuses et de dégénérescence mentale chez les descendants de ces malades en l'absence de tout symptôme de paralysie générale. Rappelons, par exemple, combien l'épilepsie est fréquente chez les enfants d'alcooliques. Elle a même été signalée chez les descendants des syphilitiques, et que de fois n'a-t-on pas répété ces temps-ci que l'alcoolisme est un des plus puissants facteurs de dégénérescence de la race.

Après avoir présenté ces considérations, M. Wahl rapporte de très nombreuses observations : on peut à ce sujet féliciter l'auteur d'avoir pu réussir un si grand nombre de documents ; il commence par rappeler quelques faits de paralysie générale chez les enfants de malades morts eux-mêmes de paralysie générale et il insiste particulièrement sur ce fait que les paralytiques généraux du jeune âge sont fréquemment des enfants de paralytiques généraux. Une des observations de ce groupe est inédite ; c'est celle d'une fillette de 16 ans, observée par M. Toulouse et morte depuis.

Puis il passe en revue une série d'idiots, d'imbéciles, de débiles, de dégénérés supérieurs, tous issus d'un père ou d'une mère paralytique général. Un autre groupe est formé par les enfants de paralytiques généraux qui sont atteints de névroses (hystérie, chorée et surtout épilepsie). Les enfants de paralytiques généraux atteints. de lésions organiques du système nerveux : paralysie infantile

tabes, paralysie alcoolique, etc., donnent lieu au dernier groupe. L'auteur montre aussi la fréquence de la mortalité en bas âge due aux convulsions, à la méningite, en un mot, l'inaptitude à la vie des enfants des paralytiques généraux.

En résumé, pour M. Wahl, chez les enfants des paralytiques généraux on trouve toutes les formes possibles de troubles nerveux et mentaux, depuis les convulsions, les paralysies infantiles, les méningites, les névroses sous toutes leurs modalités, jusqu'à la dégénérescence mentale sous toutes ses formes, et pour lui la distinction que M. Doutrebente et MM. Ball et Régis ont cherché à établir entre l'hérédité vésanique et l'hérédité conjonctive n'est pas fondée.

L. Marchand.

LIVRES REÇUS

L'année psychologique, publiée par Alfred Binet, avec la collaboration de H. Beaunis et Th. Ribot. 3e année, 1896, 1 vol. in-8° de 825 pages, avec 105 figures et nombreux tableaux, Paris, Reinwald-Schleicher, éditeurs. Prix : 15 francs.
—4e année, 1 vol. in-8° de 850 pages, avec 115 figures. Prix : 15 francs.

Table des matières : Première partie. — Mémoires originaux. — A l'Ecole primaire. — La mesure de la force musculaire. — Les expériences de force et de vitesse. -- Les différentes espèces de fatigue, de paralysie et de contracture. — L'influence de l'exercice physique sur la vitesse du cœur. — La réparation de la fatigue musculaire. — Les temps de réaction et la psychologie individuelle. — La sécrétion urinaire dans les rapports avec le travail physique et mental. — La perception de la profondeur par l'œil.— Un cas de surmenage intellectuel. — Nouveaux testes pour l'étude des phénomènes de l'intelligence. — Un nouvel ergographe, dit à ressort, etc., etc. — Influence de diverses substances sur l'activité physique et intellectuelle. — Influence du travail physique et intellectuel sur le chimisme respiratoire. — Nouvelles méthodes de calcul en psychologie, etc.

L'Antisémitisme, par Cesare Lombroso, traduit de la deuxième édition italienne par les docteurs A. Marie et M. Hamel, médecins des Asiles publics de la région de Paris, avec une préface de Paul Brousse, 1899, Paris, V. Giard et E. Brière, éditeurs, 1 vol. in-8.

M. Lombroso a d'abord exposé les causes historiques, politiques, psychologiques, etc., de l'antisémitisme, sans négliger ce qui, dans le caractère des Juifs, peut servir parfois de prétexte aux persécutions dont ils ont été ou sont encore victimes dans certains pays d'Europe. Puis il s'occupe longuement de la question au point de vue anthropologique ; sa conclusion, originale, soulèvera sans doute des discussions parmi les spécialistes. Pour lui, l'antisémitisme serait une psychopathie épidémique des foules. Les derniers chapitres sont consacrés

au rôle des Juifs dans l'évolution économique et à la part qu'ils ont prise au mouvement général de la civilisation.

L'ouvrage est précédé d'une excellente préface de Paul Brousse, qui a montré que l'histoire de l'antisémitisme en France confirme pleinement les thèses de l'éminent professeur.

L'Ame du Criminel, par le Dr Maurice de Fleury. 1 vol. de 200 p. de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Alcan, éditeur. Prix 2 fr. 50.

En même temps que la 5e édition de son *Introduction à la Médecine de l'Esprit*, la librairie Félix Alcan met aujourd'hui en vente un ouvrage du Dr Maurice de Fleury, *l'Ame du Criminel*.

Avec sa clarté coutumière, l'auteur, reprenant les connaissances les plus récentes et les plus fermes sur la structure et le fonctionnement du cerveau de l'homme, en fait l'application aux problèmes de la psychologie criminelle, et les éclaire ainsi d'un nouveau jour.

L'ouvrage se compose de trois parties : 1e Le cerveau de l'homme et le libre-arbitre; 2e Déterminisme et responsabilité; 3e Conséquences pratiques (répression du crime et prophylaxie du mal).

L'auteur montre comment les doctrines de la psycho-physiologie la plus moderne, bien loin d'être menaçantes pour le bon fonctionnement de la société, ne peuvent que nous conduire à la raréfaction du crime, grâce à une éducation plus rationnelle, à une hygiène préservatrice et à une thérapeutique appropriée pour les jeunes cerveaux inclinés au mal par hérédité ou par imitation.

De la Paralysie générale : *Etiologie*, *Pathogénie*, *Traitement*, par le Dr Mairet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de l'Académie de médecine, et le Dr Vires, chef de clinique des maladies nerveuses et mentales, médecins de l'asile public d'aliénés de l'Hérault. 1 vol. in-8e. Paris (Masson et Cie, Editeurs). Prix : 5 fr.

Les auteurs apportent, dans cet important travail, une contribution personnelle à l'étude encore obscure et fort discutée des causes et de la nature de la démence paralytique. Sur cette étude étiologique et pathogénique, ils fondent un traitement pathogénique à côté d'un traitement anatomique et symptomatique.

C'est d'après des faits, appuyés sur des preuves cliniques et des arguments empruntés à l'anatomie pathologique, que sont bien mises en lumière la nature et la genèse de la paralysie générale, partie la plus importante du livre, parce qu'elle indique le sens dans lequel se sont orientés les auteurs; parce qu'elle est un vrai chapitre original de pathologie générale. — La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale a été l'objet de recherches toutes particulières.

La femme en prison et devant la mort, par R. de Ryckère, préface du Professeur Lacassagne, grand in-8e de la *Bibliothèque de Criminologie*. Paris, Masson et Cie, Lyon, A. Storck.

On a beaucoup écrit sur la femme à l'école, à l'atelier, dans les Facultés, il restait à l'observer en prison et à la montrer devant la mort. Les féministes seront satisfaits : grâce à M. de Ryckère, ils auront « des clartés de tout ».

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière. Première série : **Névroses et idées fixes**, 1er vol. *Etudes expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire, sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement*, par le Dr PIERRE JANET. (1 vol. gr. in-8° avec 68 figures dans le texte, 12 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

Ce volume contient une série d'études à la fois psychologiques et médicales, faites dans le laboratoire de psychologie expérimentale, organisé à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Reymond. Il intéressera les psychologues et les médecins dont les études se rapprochent aujourd'hui sur tant de points. Aux premiers, nous signalerons les études sur la volonté, sur le caractère nouveau et personnel des actes volontaires par opposition aux actions automatiques, sur la construction de la personnalité par la synthèse des souvenirs, sur les mesures de l'attention par la courbe des temps de réaction.

Aux médecins, nous signalons les études sur les troubles de la volonté, sur une forme particulièrement curieuse d'amnésie qui détermine un arrêt complet dans la construction de la personnalité, sur la nature psychologique de certaines idées fixes, sur un trouble fort curieux de la localisation des sensations, l'allochirie, sur le phénomène si contesté de l'hémianôpsie hystérique, sur un cas remarquable de paralysie du diaphragme au cours de l'hystérie, sur l'insomnie, le délire de possession, l'influence somnambulique.

Une nouvelle collection, **la Bibliothèque Internationale des Sciences Sociologiques**, vient d'être inaugurée par la librairie C. REINWALD, SCHLEICHER frères, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris, par un court, mais substantiel ouvrage de M. A. Hamon, le sociologue connu. **Déterminisme et Responsabilité**, publication du cours de criminologie que l'auteur fit à l'Université Nouvelle de Bruxelles et dans laquelle M. A. Hamon conclut à l'irresponsabilité de tous.

Les Etats neurasthéniques, par GILLES DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1898. Paris, J.-B. Baillière, éditeur. 1 vol. in-16 carré de 92 pages, cart. 1 fr. 50.

Le volume de M. Gilles de la Tourette, Les « Etats neurasthéniques », est une mise au point très intéressante et très soignée de cette question toute d'actualité : *la Neurasthénie* ; « de cette nouvelle venue dont le nom de plus en plus compréhensif sert trop souvent à masquer des erreurs de diagnostic. La neurasthénie n'est pas une maladie, une entité morbide, c'est un état ou plutôt une réunion d'états qu'il faut savoir différencier. »

Elève de Charcot, M. Gilles de la Tourette distingue, comme son maître, l'état neurasthénique vrai, l'état neurasthénique héréditaire ou constitutionnel et l'état hystéro-neurasthénique.

La famille névropathique, théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence, par le Dr CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, 1 vol. in-12, cartonné à l'angl., de la *Collection Médicale*, 4 fr. Deuxième édition revue et augmentée. (F. Alcan, éditeur.)

L'auteur s'est proposé d'expliquer, l'hérédité des maladies nerveuses

et leur parenté avec les maladies diathésiques étant admises, comment celles-ci peuvent se manifester en dehors de l'hérédité.

L'auteur, depuis la première édition, parue il y a quatre ans, a continué ses recherches ; aussi a-t-il pu faire de nombreuses additions, notamment aux chapitres traitant de l'hérédité tératologique, des rapports des malformations et de la prédisposition morbide, de la tératogénie expérimentale, de la prophylaxie. — Parmi les chapitres nouveaux ajoutés à cette deuxième édition, nous signalerons celui qui est relatif à la parenté morbide des tumeurs.

Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie. Première session tenue à Bruxelles du 14 au 21 septembre 1897 ; discours et communications publiés par le Dr Crocq fils, secrétaire général. Trois fascicules grand in-8° (534 pages) 5 francs (Félix Alcan, éditeur, Paris).

Dans ce congrès ont été réunis, pour la première fois, les neurologues, les psychiatres, les électrothérapeutes et les psychothérapeutes.

Les questions à l'ordre du jour étaient les suivantes : *Le traitement chirurgical de l'épilepsie* (rapporteur M. le Professeur Vinkler) ; *Valeur séméiologique et pathogénique des réflexes* (rapporteur M. le Professeur Mendelssohn) ; *Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique* (Rapporteur M. le Professeur Eulenburg) ; *De la valeur séméiologique des réactions anormales des muscles et des nerfs* (rapporteur M. le Professeur Doumer) ; *L'hypnotisme et les suggestions criminelles* (rapporteur M. le Professeur Liégeois).

En outre, on trouvera dans cet ouvrage un certain nombre de travaux intéressants présentés par leurs auteurs, en dehors des questions à l'ordre du jour.

Destinée de l'homme, par M. l'Abbé C. Piat, agrégé de philosophie, docteur ès-lettres, professeur à l'école des Carmes. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, 5 francs (Félix Alcan, éditeur).

M. l'Abbé Piat traite, dans son nouveau livre, du grave et si difficile problème de la spiritualité et de l'immortalité de l'âme. C'est pour la doctrine spiritualiste qu'il se prononce nettement. « Le but de cet ouvrage », dit-il dès le début, « est de montrer qu'il existe une autre vie ».

L'ouvrage est divisé en trois livres : I. *Certitudes*, II. *Mécomptes*, III. *Croyances*. Dans chacun d'eux, l'auteur examine différents faits psychologiques en partant des plus certains pour arriver aux plus discutés, et déduit de ces faits une série d'arguments en faveur de sa thèse.

Il arrive à cette conclusion, que le matérialisme n'a pas de preuves ou n'a que des preuves d'une valeur apparente.

Les traitements actuels du tabes, par le Dr Jean Leclerc. 1899. 1 vol. in-8, 216 pages et 135 figures..... ..... 6 francs.

Passant en revue les principaux moyens thérapeutiques encore en usage contre le tabes, l'auteur montre l'erreur qui consiste à traiter le tabes et non les tabétiques.

Parmi les méthodes employées, la rééducation lutte victorieusement contre l'ataxie. A ce propos, l'auteur émet une séduisante théorie de l'incoordination et donne une nouvelle explication du mode d'action

de la méthode de rééducation ; celle-ci agirait non pas en rééduquant de la même manière, mais à nouveau et d'une autre façon les centres corticaux.

L'auteur, étudiant ensuite les méthodes de traitement qui cherchent à obtenir un allongement de la moelle et des racines, donne la description des modifications qu'il a apportées à l'appareil de MM. Gilles de la Tourette et Chipault. La preuve des résultats remarquables obtenus grâce à l'élongation médullaire, est donnée dans un ensemble d'observations où les malades ont été suivis pendant quatre ou cinq mois et où des schémas de sensibilité pris tous les mois montrent, avec l'éloquence de l'image, les modifications survenues dans l'état des malades.

De la méthode dans la psychologie des sentiments, par F. Rauh, professeur à la Faculté des lettres de l'Université de Toulouse, 1 vol. in-8°, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. 5. fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Ce n'est pas là un livre de méthodologie abstraite, mais une suite d'études de la psychologie des sentiments destinée à fournir l'exemple d'une méthode. C'est, d'après l'auteur, la méthode scientifique, et il a voulu, à propos d'un cas particulier, déterminer en quel sens l'idée de science pouvait s'appliquer aux questions psychologiques. Il laisse même entrevoir que la solution qu'il propose ici s'applique à toutes les sciences de l'esprit. M. Rauh pense, au reste, que l'attitude scientifique est bien différente de celle que supposent les partisans de l'école psycho-physiologique, et qu'on aboutit nécessairement, si l'on reste fidèle à cette attitude, à concevoir une psychologie tout autre que celle appelée communément scientifique. La psychologie ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, être qu'infiniment complexe et ne présente qu'un aspect, pour ainsi dire, chaotique.

Les myélites syphilitiques, formes cliniques et traitement, par le Dr Gilles de la Tourette, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, 1 vol. in-16 carré de 92 pages cartonné (*Actualités médicales*). J.-B. Baillière, éditeur. Prix : 1 fr. 50.

Les formes cliniques de la syphilis médullaire sont nombreuses. M. Gilles de la Tourette passe successivement en revue le mal de Pott syphilitique, les gommes intravertébrales, les myélites proprement dites, la syphilis maligne précoce du système nerveux, les myélites aiguës et chroniques et les myélites à formes irrégulières.

Puis, après avoir passé en revue les formes cliniques que revêt la syphilis acquise de la moelle épinière, il étudie les déterminations spéciales de la syphilis héréditaire, précoce ou tardive.

W. Tenicheff. — *L'Activité de l'Homme*. Paris, Cornély, 1898. — 1 vol. in-8 de 262 pages. Prix : 5 fr.

M. Tenicheff, dans cet ouvrage, *l'Activité de l'Homme*, a été amené à expliquer comment les actes et la conduite de l'homme, bref, son *activité*, dans les circonstances données, dépendent directement des besoins de sa vie et de sa situation sociale.

C'est ce qui ressort aussi du livre de M. Tenicheff (*l'Activité des animaux*, Paris, Masson, 1890), une étude biologique qui se rattache à

l'œuvre nouvelle. Dans ce livre sur l'activité des animaux, M. Tenicheff est arrivé à des conclusions importantes, en particulier au sujet des animaux contrariés dans l'accomplissement des fonctions vitales et au sujet des idées erronées des psychologues, généralement proposées sur les associations d'idées à la mémoire.

Leçons sur les maladies nerveuses (*Deuxième série, Hôpital Saint-Antoine*, par E. Brissaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies et publiées par Henry Meige. 1 volume gr. in-8° avec 165 figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 15 fr.

Sous la forme attrayante de Leçons cliniques, sont présentées dans ce volume plusieurs questions nouvelles de Neuropathologie. D'abord la *Théorie du Neurone* et la description de ses lésions, conception de date toute récente dont les applications ont été déjà si fécondes pour l'étude des maladies du système nerveux : la *Métamérie spinale*, que l'auteur a eu l'heureuse idée d'introduire en neuropathologie, et grâce à laquelle on peut entrevoir la solution de plusieurs problèmes, tels que la *distribution topographique de certains troubles sensitifs et vasomoteurs* sur le tronc et sur les membres ; les éruptions de *zona*, les *Anesthésies syringomyéliques*, les *Trophonévroses cutanées*, etc., etc.

Dans une suite de leçons, particulièrement originales, l'auteur expose ses idées sur les formes du *Myxœdème* ; il donne une description détaillée de l'*Infantilisme*, de ses causes et de ses variétés. Enfin, à propos des névroses, sont décrites la *Polyurie nerveuse*, la *Polyurie hystérique* et la *Chorée variable des dégénérés*.

Cette énumération écourtée permet à peine d'entrevoir la diversité et l'intérêt des questions traitées. Ces leçons sont toutes d'actualité. Chacune contient une ou plusieurs observations cliniques démonstratives. La lecture en est attachante, la compréhension facilitée par un très grand nombre de *figures*, schémas ou photographies.

Dallemagne (J.), Professeur de Médecine légale à l'Université de Bruxelles. — *La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale*. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*.) Masson, éditeur. Broché 2 fr. 50, cartonné 3 fr.

Cet ouvrage est le couronnement, la conclusion nécessaire des deux derniers Aide-Mémoire de M. Dallemagne sur la physiologie et la pathologie de la volonté. Il a pour but de donner aux experts et aux magistrats chargés d'appliquer la loi les notions pratiques nécessaires à la détermination des rapports existant entre l'état de la volonté et la responsabilité pénale. C'est, en quelque sorte, l'application à la Médecine légale de nos connaissances actuelles en Psychologie, basées sur l'observation des faits en dehors de toute préoccupation doctrinale.

Enard. — *Des délires multiples successifs ou coexistants*. Thèse, Paris. Jouve et Boyer, 1898.

Zuccarelli. — *Gli « Uomini di Genio e la loro biografia clinica*.(Estratto de *la Gazetta artistica*, diretta da A. Assante.) Napoli, 1898.

Emilien Benoist. — *Contribution à l'étude de l'audition colorée*. Thèse Paris, Maloine, éditeur.

J. Meurice. — *Les Fugues chez les enfants*. Thèse Paris, Jouve et Boyer.

D. Léon. — *Etude clinique de l'Œdème bleu hystérique*. Thèse Paris, Jouve.

Rauzier. — *La névralgie faciale double (Sa valeur séméiologique)*. Thèse Montpellier. G. Firmin.

M. Goldman. *Confusion Mentale chez les hystériques*. Thèse Paris, imprimerie de la Faculté de Médecine.

Joseph Kanony. — *De la fréquence des cas de persistance de l'Hymen et de leur importance en médecine légale*. Thèse Montpellier.

Antonin Dusser. — *Etude expérimentale sur l'Absinthe particulièrement au point de vue de l'action abortive*. Thèse Montpellier.

Alfred Boucarut. — *Action de quelques dérivés de la Morphine sur la respiration normale et pathologique*. Thèse Montpellier.

Mlle Loeventon. — *Contribution à l'étude de l'Alcoolisme. Descendance, Prophylaxie*. Thèse Montpellier.

Joseph Nougaret. — *Contribution à l'étude du Vertige de Ménière* Thèse Montpellier.

INFORMATIONS

Congrès international contre l'alcoolisme. — Il s'est tenu à Paris du 3 au 7 avril. Il y a eu 1200 adhérents et plus de 150 communications. Grâce à l'activité intelligente du président, le Dr Legrain, ce Congrès a parfaitement réussi. Il faut aussi féliciter le secrétaire-général, le Dr Boissier, qui s'est dépensé sans compter dans une besogne écrasante. Nous reviendrons sur les résultats obtenus dans ce congrès. Le prochain aura lieu à Vienne en 1901.

Congrès national des aliénistes et neurologistes. — Il a eu lieu à Marseille du 4 au 8 avril, sous la présidence du Dr Doutrebente. Nous en publierons un compte-rendu.

La Revue philanthropique à l'Académie de médecine.— M. Bergeron a présenté à l'Académie de médecine, le 21 mars 1899, la *Revue philanthropique*, de M. le sénateur Paul Strauss, en des termes qu'il est intéressant de rappeler :

« On a tant abusé du mot philanthropie qu'il est devenu suspect et qu'on est tenu, lorsqu'on l'emploie, de dire nettement ce qu'il représente ; il y a en effet une philanthropie vraie qui se manifeste par des actes et une fausse qui se borne à disserter savamment sur les souffrances de l'humanité sans rien faire pour les amoindrir.

« Or, celle dont je présente les bulletins est bien la vraie, et si le nom du fondateur de la *Revue* n'en était pas la plus sûre garantie, il suffirait pour s'en convaincre de parcourir les sommaires de ces numéros où sont passées en revue toutes les misères humaines, avec la preuve par les faits et les résultats déjà obtenus que si ces misères ne peuvent pas toutes immédiatement disparaître, la plupart du moins peuvent être soulagées. Protection matérielle et morale de l'enfance, assistance des mères, des vieillards et des infirmes, relèvement moral de ceux qui ont failli, tout, dans ces pages, est étudié avec sollicitude et rien n'est plus consolant que de constater ce qu'ont déjà fait, pour atténuer tant de maux qui accablent l'humanité, la charité privée et la bienfaisance publique....

« Ai-je besoin de dire que les plus importants travaux publiés dans cette *Revue*, sont dus à la collaboration de M. Strauss, de M. Roussel, de M. Monod, de M. Grancher, de nos confrères MM. les docteurs Drouineau, Leroux, Armaingaud, de MM. Louis Rivière, Voisin, Gauffrès, Berthélemy et bien d'autres philanthropes con-

vaincus, militants et pénétrés de ce sentiment qu'une langue barbare appelle *l'altruisme* et que j'aime mieux appeler du doux nom de *charité* qui veut dire l'amour du prochain.

« Je ne sais si je me trompe, mais je soupçonne que si M. Strauss a songé à faire hommage à l'Académie de la *Revue philanthropique*, ce dont je le remercie, c'est qu'il sait, en sa qualité de législateur et particulièrement de législateur toujours en souci du sort des humbles et des faibles, que tout projet de loi d'assistance compte sur le dévouement des médecins pour leur demander sans cesse des sacrifices de temps, d'argent et de santé, et je ne crois rien apprendre ici à personne en rappelant que c'est par milliers que notre corporation, compte en France et dans les campagnes plus que partout ailleurs, ces infatigables et dévoués serviteurs de l'Assistance, qui, eux aussi, sont bien de vrais philanthropes. »

On ne saurait plus justement louer l'œuvre de propagande et de discussion qu'a créée M. Paul Strauss.

Ed. T.

Nominations et promotions. — M. le Dr Mahon, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), a été nommé médecin-adjoint à l'asile public de Lafond (Charente-Inférieure).

M. le Dr Baruk, médecin-adjoint à l'asile public de Lesvellec (Morbihan), a été nommé médecin-adjoint à l'asile public de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Nécrologie. — Le Dr Péron, chef du Laboratoire de l'Hôpital Boucicaut, est décédé le 27 mars 1899. On sait qu'il était le gendre de M. Magnan, l'éminent aliéniste. Nous prions ce dernier d'agréer nos sentiments de bien vive et bien sincère condoléance.

Enseignement.— Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. M. le prof. Joffroy, lundi, jeudi, à 3 h. 1/4, à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies du système nerveux. M. le Prof. Raymond. Mardi, vendredi, à 10 h., à l'Hospice de la Salpêtrière.

Hospice de Bicêtre. Maladies nerveuses chroniques des enfants. M. Bourneville. Samedi, 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, atelier, école, musée, présentation des cas cliniques, etc.).

Saint-Antoine. Maladies du système nerveux. M. le Dr Brissaud. Jeudi, 10 heures, salle des conférences, en hiver.

Saint-Antoine. Maladies du système nerveux, M. le Dr Ballet. Dimanche 10 heures, salle des conférences, en hiver. Un avis spécial annoncera la date de la reprise des cours.

Saint-Antoine. Maladies du système nerveux. M. le Dr Gilles de la Tourette. Mercredi, vendredi, 10 heures, Laboratoire Axenfeld.

Salpêtrière. Maladies du système nerveux. M. le Dr Déjerine. Mercredi, 9 h. 1/4, jeudi, 5 heures, salle de la consultation externe. Le cours du jeudi a commencé en avril. Consultation externe-policlinique nerveuse, mercredi 9 h. 1/2, salle de la consultation externe.

Salpêtrière. Maladies mentales. M. le Dr Jules Voisin. Jeudi 10 heures, section Esquirol, de février à mai.

Salpêtrière. Maladies mentales. M. le Dr Charpentier. Mercredi, 11 heures, section Pinel, à partir du mois de mai.

Salpêtrière. Maladies mentales. M. le Dr Deny. Jeudi 10 heures, section Rambuteau, à partir du mois de mai.

Asile de Villejuif. Maladies mentales. Service de M. Toulouse. Le vendredi à 9 h. 1/2. Visite dans les salles : conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Châtelet-Villejuif ; trajet une heure.)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

PSYCHIATRIE

—

INFLUENCE DES MALADIES INFECTIEUSES SUR LES ACCÈS CONVULSIFS ÉPILEPTIQUES,

Par MM. Toulouse et Marchand.

L'observation que les maladies infectieuses survenant chez des épileptiques peuvent suspendre momentanément leurs accès est très ancienne. Hippocrate en avait fait la remarque à propos de la fièvre intermittente. Dans les temps modernes, Portal, Herpin, Seladé, Gérard ont rapporté des faits illustrant cette idée générale.

Enfin récemment, M. Seglas (1) en 1892 et M. Pelissier (2), en 1898, ont, dans leurs thèses, rassemblé un grand nombre de documents concernant cette question. M. Féré a montré (3) que souvent dans l'épilepsie, des affections bénignes telles que l'apparition de furoncles, d'anthrax, d'abcès dentaires pouvaient suspendre momentanément les crises convulsives.

Les maladies intercurrentes et surtout les maladies infectieuses ont donc une influence heureuse sur l'épilepsie. C'est là un fait acquis ; mais ce qui est bien moins connu, c'est l'influence des maladies infectieuses sur la marche de l'épilepsie après la disparition de l'infection, et, ce qui ne l'est pas du tout, c'est la façon dont celles-ci agissent. Dans la plupart des observations relatées dans les ouvrages ayant trait à ce sujet, les cas sont rares dans lesquels les malades ont été suivis plusieurs mois après la disparition de la maladie intercurrente. Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de l'un de nous, trois femmes épileptiques atteintes l'une d'érésipèle, l'autre de fièvre typhoïde, la troisième de pneumonie. Ces malades ont été surveillées avant, durant et après leur maladie intercurrente; et les accès ont été notés avec une grande exactitude. Voici les faits :

Obs. I. — *Epilepsie. — Erésipèle. — Pas de crises durant la maladie intercurrente. — Amélioration consécutive.*

Antécédents héréditaires : Le père de la malade Léo... est mort à la suite d'un accident. Sa mère est décédée à l'âge de 60 ans ; elle manifesta dans les dernières années de sa vie des troubles mentaux ; « elle serait tombée en enfance », d'après les paroles même de la malade. La malade possède une sœur et un frère : la sœur est bien portante et pas nerveuse ; le frère a des crises d'asthme.

Antécédents personnels. La malade, née en 1854, n'a pas eu de maladie

(1) Séglas. De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie *Thèse de Paris*, 1892.

(2) Pelissier. De l'influence des maladies infectieuses intercurrentes sur la marche de l'épilepsie. *Thèse de Montpellier*, 1898.

(3) Féré. Société de biologie, 4 juin 1892.

grave durant son jeune âge. Elle fut réglée pour la première fois à 11 ans 1/2, et ses menstrues furent régulières jusqu'à l'âge de 21 ans. A ce moment elle dut subir, le 5 janvier 1875, une ovariotomie double, pour kystes de l'ovaire. Elle resta à l'hôpital six semaines et sortit bien portante. Cependant, tous les mois, après son opération, elle sentit des rougeurs et des bouffées de chaleur lui monter à la tête. Au mois de mars de la même année éclata son premier accès convulsif. Les accès n'apparurent d'abord que tous les mois, comme s'ils remplaçaient les règles et se montrèrent plus rarement dans leur intervalle.

Les accès étaient précédés d'une aura qui consistait en un tremblement de la tête et une sensation de chaleur au visage. La malade avait le temps de s'asseoir. Elle perdait ensuite connaissance, urinait sous elle, écumait et chaque accès était suivi d'amnésie.

Peu à peu les attaques, au lieu de survenir tous les mois, apparurent plus irrégulièrement. L'aura même disparut et depuis quelques années, la malade tombe brusquement sans être prévenue de son accès. De nombreuses cicatrices à la face témoignent de ce fait : elle est en outre un jour tombée dans le feu et son corps porte aujourd'hui des cicatrices très étendues de brûlures.

La malade est entrée à l'asile de Villejuif le 12 décembre 1897. Elle avait eu, depuis son entrée, des accès convulsifs se répétant avec une fréquence à peu près égale chaque mois.

Le 20 septembre 1898, elle est atteinte d'érésipèle. La période fébrile dura jusqu'au 1er octobre ; durant ce temps, aucun accès ou vertige n'est apparu. Les accès ont été notés avant et après la maladie ; et voici la moyenne de leur fréquence :

	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès. —	Nombre de jours pour un accès.	Nombre de vertiges. —	Nombre de jours pour un vertige.
Avant l'érésipèle...	111	22	5	12	9,2
Pendant l'érésipèle.	12	0	»	0	»
Après l'érésipèle...	91	15	6	7	13

Dans ce cas, la maladie infectieuse semble avoir déterminé non pas seulement une influence heureuse pendant sa durée, mais pendant plusieurs mois, la malade ayant eu moins d'accès et surtout moins de vertiges dans les mois qui suivirent.

Si l'on rapproche de cette observation celles qui ont été publiées concernant l'influence de l'érésipèle sur la marche de l'épilepsie, on trouve que cette maladie infectieuse peut occasionner une amélioration qui persiste plusieurs mois.

M. Quériaud (1) cite le cas d'une épileptique atteinte d'érésipèle, chez laquelle aucune attaque n'avait lieu pendant la période fébrile : « Quelques semaines après, dit l'auteur, les accès reprenaient, mais avec une intensité et une fréquence bien moins grandes. »

M. Séglas rapporte deux observations analogues. Dans l'une, un érésipèle de la face se montre chez une épileptique le 25 février 1880 ; la malade passe les mois de février et de mars sans crises con-

(1) Quériaud. *Thèse de Bordeaux*, 1884.

vulsives. En mars, les accès furent encore peu fréquents (2 seulement). Dans la seconde observation, un érésipèle de la face chez un épileptique survint. Du 1er au 9 février 1880, le malade avait eu 19 accès. Pendant toute la durée de l'érésipèle, dans une période de 7 jours, il n'y en a pas un seul. Ce n'est que le 17, alors que l'érésipèle est guéri et que la fièvre a cessé que l'on note le retour des accès. Ils reprennent dès lors leur fréquence première, car du 18 au 28 février; on en compte jusqu'à 30. »

Obs. II. — *Epilepsie. Fièvre typhoïde. Suspension momentanée des accès qui deviennent plus fréquents après la disparition de la maladie intercurrente.*

Les antécédents héréditaires de la malade Woir nous sont inconnus. Antécédents personnels. La malade a eu dans son jeune âge des convulsions. A la suite d'une chute (?), une déformation de la colonne vertébrale se manifeste. Comme traitement elle porta très longtemps un corset spécial et resta étendue sur le dos.

A l'âge de 15 ans, elle eut sa première attaque d'épilepsie. Depuis ce moment, les accès sont survenus sans présenter de périodicité bien nette. Les accès furent les caractères ordinaires des accès épileptiques (cris, chute, morsure de la langue, évacuation d'urines, amnésie consécutive).

La malade n'a jamais été réglée.

Elle entre à l'asile le 13 août 1898 ; son état mental est très mauvais. Elle ne peut dire son âge (elle est âgée de 18 ans), ne peut donner aucun renseignement sur sa maladie antérieure ; elle est gâteuse. On constate, en outre, une scoliose très marquée de la colonne vertébrale.

D'après les renseignements donnés par sa sœur, elle aurait été très intelligente jusqu'à l'âge de 15 ans. Depuis, sa mémoire se serait d'abord affaiblie et elle se serait acheminée vers la démence. Cette perte progressive de l'intelligence nous avait fait songer à la paralysie générale juvénile ; mais l'examen clinique de la malade et l'autopsie ne sont venus en rien confirmer cette pensée. La malade est morte dernièrement dans un accès convulsif.

Le 15 octobre 1898, la malade est atteinte de fièvre typhoïde. Pendant la période fébrile, qui dura du 11 octobre au 8 novembre, aucun accès n'est survenu. Dès que la fièvre tomba, les accès apparurent de nouveau. Le tableau suivant nous montre la fréquence de ceux-ci avant et après la maladie.

	Nombre de jours observés.	Nombre d'accès.	Nombre de jours pour l'accès.
Avant la fièvre typhoïde....	40	14	2.8
Pendant — —	28	0	»
Après — —	85	91	0.9

Chez cette malade, l'amélioration n'a eu lieu que pendant la période fébrile de la maladie. Immédiatement après, les accès ont reparu avec une fréquence bien plus grande.

M. Pélissier donne, dans sa thèse, 18 cas de fièvre typhoïde survenus chez des épileptiques. Sur ces 18 cas, il y eut 11 terminaisons funestes. Dans les 9 autres cas, on remarque que les crises,

qui avaient été suspendues ou tout au moins plus rares pendant la période fébrile ont réapparu dès la convalescence : « Si bien, dit cet auteur, que nous considérions un malade comme guéri définitivement lorsque la fin de la défervescence était marquée par une attaque. »

Obs. III. — *Epilepsie. Pneumonie. Accès suspendus durant la période fébrile. Réapparition après cette période avec la même fréquence.*

Antécédents héréditaires. — La malade A..., âgée de 30 ans, orpheline, a perdu ses parents dans son jeune âge ; elle sait seulement que sa mère est morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Elle n'eut jamais de maladie dans sa jeunesse. Elle fut réglée à l'âge de 11 ans ; et c'est à cette époque, au moment de ses premières règles, qu'elle eut sa première attaque d'épilepsie. Ses règles furent ensuite irrégulières et toujours très abondantes. Ce n'est qu'à l'âge de 20 ans, que celles-ci apparurent régulièrement tous les mois.

Ses accès ont surtout lieu le jour. Au moment de l'attaque, elle sent quelque chose au niveau du creux de l'estomac, qui irradie, dit-elle, vers le cœur. Elle tombe ensuite et perd connaissance. Elle se mord quelquefois la langue, urine sous elle, ne se souvient de rien après son attaque. Après ses accès, la malade devient facilement irritable.

Le 21 février 1899, la malade se plaint d'un point de côté et de frisson. La température est élevée ; et à l'auscultation on constate les signes d'une pneumonie. Durant la période fébrile de la maladie, la patiente ne présenta aucun accès, mais immédiatement après la chute de la température une crise eut lieu. Après la défervescence, il y eut de nouveau un mouvement fébrile qui dura quelques jours ; durant cette nouvelle période de fièvre, les accès ont encore disparu pour revenir au moment où la température atteignait de nouveau 37°. Les accès ont apparu dans la suite avec une fréquence aussi grande qu'avant la maladie.

Les thèses de MM. Séglas et Pélissier rapportent sept observations de pneumonie survenant chez des épileptiques ; ils ressort de ces observations que les accès ont été suspendus six fois sur sept pendant la durée de la maladie et qu'ils ont reparu dès que la fièvre était tombée. Dans un cas, rapporté par M. Seglas, une pneumonie survenant chez un épileptique en état de mal a fait disparaître celui-ci.

Comment, les maladies infectieuses agissent-elles pour suspendre les accès ? Si l'on compare entre elles les diverses observations publiées à ce sujet, on remarque que c'est généralement pendant la période fébrile de la maladie que les accès sont suspendus et qu'ils réapparaissent souvent dès que la fièvre est disparue. La fièvre semblerait le seul facteur capable d'arrêter les accès convulsifs de la maladie : *Spasmos febris solvit.*

Comment la fièvre suspend-elle les accès épileptiques ? Est-ce en favorisant la circulation cérébrale ? Dans ce cas, on pourrait supposer que cette activité circulatoire débarrasserait plus facilement l'encéphale des produits toxiques du dehors et aussi du

dedans qui paraissent être dans certains cas la cause immédiate des accès (1).

Mais on pourrait tout aussi bien prétendre, au contraire, que le sang chargé de toxines et d'acide carbonique frapperait en quelque sorte de stupeur les cellules motrices et les rendrait inexcitables. Ce qui est sûr, c'est que la fièvre agit sur le système nerveux, puisque la dérégulation thermique est un des caractères de la fièvre.

Il est à remarquer que, pendant le sommeil, où il y a ralentissement de la circulation cérébrale, avec anémie, les accès sont plus nombreux. Il semble donc que c'est bien plutôt l'activité avec congestion de la circulation cérébrale, plaçant la cellule cérébrale dans un meilleur état, qui ferait disparaître la disposition aux convulsions.

M. Vidal a montré qu'à la suite de la résection du sympathique, la susceptibilité au poison épileptisant est, chez le cobaye, en raison inverse de la circulation cérébrale (2).

C'est aussi par la suractivité de la circulation cérébrale qu'on pourrait expliquer certains effets heureux de la sympathectomie dans l'épilepsie (3).

Nous ne devons pas cependant oublier que MM. Richet et Langlois (4) ont constaté que plus la température s'élève chez un animal, plus il est sensible aux poisons convulsivants. Comme on le voit, la question est loin d'être résolue ; et ce qu'il faut retenir, c'est le fait clinique que dans les maladies infectieuses, c'est la période fébrile qui est suspensive des accès.

LES CONGRÈS

LE CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

(Xe Session, tenue à Marseille, Avril 1899)

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes s'est tenu à Marseille, sous la présidence du *Dr Doutrebente*, au début du mois d'avril, et a été aussi productif en travaux intéressants que bien compris et bien réussi au point de vue des distractions et réceptions variées organisées en l'honneur des congressistes.

Il s'est ouvert le mardi 4 avril, à 10 heures du matin, au Palais du Pharo, si agréablement situé, et qui est devenu l'Ecole de mé-

(1) SIMITROPOL. *Essai sur la nature intime et le traitement de l'épilepsie*, 1897.

(2) *C. R. Soc. de Biologie*, 18 mars 1899.

(3) CHIPAULT. *C. R. Soc. de Biologie*, 11 mars 1899,

(4) RICHET et LANGLOIS. Travaux du Laboratoire de physiologie.

[illegible] Le nombre des congressistes était très con-[illegible] presque tous les adhérents.

[illegible] par un discours de M. le Docteur [illegible] du président Dr *Drou-*[illegible] et de M. [illegible] inspecteur général.

[illegible] s'est immédiatement mis au [illegible] inscrite au programme : [illegible] secondaires.

M. [illegible] de Toulouse a fait un exposé oral très remarqua-[illegible] et qui ne semble pas avoir jus-[illegible] les aliénistes français. D'a-[illegible] de Toulouse, il est plus facile de cir-[illegible] les délires systématisés secondaires que de les définir.

Entre deux délires systématisés secondaires, l'un à la manie, l'autre à la mélancolie, il y a des différences cliniques capitales ; mais entre deux délires systématisés, tous deux consécutifs à la même psychonévrose, le rapprochement n'est pas non plus toujours [illegible] à faire des synthèses [illegible]. La seule définition pouvant convenir à tous les délires systématisés secondaires est celle qui les considère en tant que des formes psychopathiques caractérisées par le développement — comme état secondaire d'une psychonévrose idiopathique ou elle-même symptomatique — d'une ou plusieurs idées délirantes tendant à se systématiser.

La nature des idées délirantes est très variable : le terrain sur lequel elles apparaissent n'est pas le même : leur évolution est capricieuse. Une définition ne peut aplanir de semblables difficultés de rapprochement. Aussi est-il préférable d'arriver d'emblée à une division des délires systématisés secondaires, et de procéder à des groupements nécessaires et d'un intérêt clinique plus certain que des tentatives de synthèse à outrance.

On peut voir des délires systématisés se développer à la suite de presque toutes les formes d'aliénation mentale.

1° *Délires systématisés post-maniaques.* — Ils se manifestent après un ou plusieurs accès de manie et se caractérisent par la fixité d'une ou plusieurs conceptions délirantes. Ces idées délirantes se systématisent faiblement et isolément. Les délirants systématisés post-maniaques sont, le plus souvent, des mégalomanes qui s'affublent d'oripeaux, qui distribuent des millions sans compter, se disent rois ou empereurs en vaquant aux besognes les plus répugnantes. Si on les interroge, on constate que leur mémoire est conservée, qu'ils sont capables de suivre une conversation, etc.. Ce ne sont donc pas des déments, mais ils manquent de logique, ainsi que des facultés de critique et d'association. Aussi leur existence, comme leur délire, n'est-elle qu'une perpétuelle contradiction.

Ce qui frappe encore chez ces malades, c'est l'absence complète de sentiments affectifs, et la perte absolue de la notion des convenances sociales.

Au point de vue physique, on observe de la suractivité musculaire et de l'exagération ou de la perversion dans le fonctionnement des divers modes de la sensibilité.

Si l'on remonte aux autres antécédents de ces malades, on trouve presque toujours une tare cérébrale chez les ascendants et les causes ordinaires de la manie chez le patient lui-même.

La transformation de la manie en délire systématisé s'effectue, non à la faveur de la démence, mais de la simple déchéance des facultés de critique, d'association, etc.

Les sujets, atteints de délire systématisé post-maniaque restent longtemps stationnaires au point de vue mental. Ils succombent le plus souvent aux suites d'une maladie incidente avant de verser dans la démence commune que, théoriquement, on doit considérer comme la terminaison rationnelle d'un délire post-psychonévrotique.

2° *Délires systématisés post-mélancoliques*. — Plus encore que la manie, la mélancolie est susceptible de se compliquer de délires systématisés. Ceux-ci peuvent apparaître à toutes les périodes d'un accès mélancolique, s'installer près de son début ou de sa terminaison et aussi lui succéder. Aussi convient-il de diviser ces délires systématisés secondaires à la mélancolie en plusieurs groupes.

Une première catégorie réunit les formes les plus simples de ces délires : ce sont ceux qui apparaissent lorsqu'un accès mélancolique touche à sa fin, quand les troubles sensoriels diminuent ou disparaissent. Un mélancolique peut, en effet, se calmer et se rétablir au point de vue physique, sans pour cela renoncer à quelques-unes de ses idées délirantes, se complaire même dans l'interprétation fausse des sensations pénibles qu'il a éprouvées. Ces délires post-mélancoliques s'observent de préférence après le second ou le troisième accès, rarement après le premier. Ils peuvent être considérés comme une sorte de résidu de l'accès psychonévrotique et se terminent toujours par la guérison.

Il n'en est pas de même des délires systématisés post-mélancoliques du second groupe : ceux ci prennent les allures de véritables psychoses systématisées progressives et évoluent comme elles. Ces délires sont les plus difficiles à interpréter. Ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa, sans se confondre ni avec l'une, ni avec l'autre de ces maladies mentales.

En fait, ce sont des délires mixtes, parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa, et de ceux de la psychonévrose mélancolique.

Comment faire la part de la paranoïa et de la psychonévrose ?

Il faut s'entendre d'abord sur la valeur du terme paranoïa. Il n'est pas synonyme de délire systématisé. On entend avec les auteurs italiens, par paranoïa une constitution spéciale éminemment favorable à l'éclosion d'un délire systématisé qui en est le symptôme le plus fréquent, mais non indispensable. Les caractères de cette constitution sont un orgueil exagéré, une méfiance excessive, un développement de l'instinct de la conservation aux dépens de l'instinct social, un affaiblissement des facultés de jugement, de critique, etc. En d'autres termes, la paranoïa est une anomalie psychique héréditaire sur laquelle germe, même sans l'intervention d'une cause occasionnelle, un délire systématisé primitif.

La psychonévrose mélancolique, au contraire, est le résultat et la manifestation d'une dégénérescence acquise. Celle-ci exerce sur l'individu une influence dépressive qui vient se joindre aux effets de la dégénérescence paranoïenne. L'association et la combinaison de ces deux ordres de dégénérescence rendent compte de tous les faits de délire systématisé secondaire post-mélancolique. En d'autres termes, les délires systématisés de ce second groupe seraient la conséquence du trouble mental apporté par une psychonévrose dans une mentalité plus ou moins dégénérée.

Comment s'effectue ce passage de la psychonévrose au délire systématisé secondaire ?

Le plus souvent les tendances à la systématisation délirante se manifestent au cours de la psychonévrose ; elles ne font que l'exagérer lorsque les symptômes généraux ont disparu. D'autres fois, le passage d'une idée délirante triste à une idée de persécution, par exemple, s'opère insensiblement. Un malade qui s'accuse se prend peu à peu à accuser les autres. D'autres fois encore, mais plus rarement, il passe sans transition d'une idée triste à une idée ambititieuse. Ces transformations ont-elles pour cause une métamorphose concomitante des troubles sensoriels ? Non, sans doute. Elle résultent de la manière différente dont le sujet les perçoit et les explique. Il s'est opéré dans son moi une évolution, quelquefois une révolution, lui faisant apprécier autrement des sensations qui sont les mêmes.

Et cette révolution n'a pas besoin, pour se produire, que les facultés intellectuelles s'affaiblissent. Les délirants systématisés post-mélancoliques ne sont pas des déments. La mémoire est conservée, l'attention aussi, et ils sont capables de soutenir une conversation sur des sujets autres que celui de leur délire.

Le premier symptôme de la démence est l'affaiblissement de la mémoire ; mais l'affaiblissement de la faculté de critique et d'association, la disparition des sentiments affectifs — fréquents, il est vrai, chez les délirants systématisés secondaires — ne sauraient être pris pour des signes de démence.

Telle n'est pas cependant l'opinion de la plupart des auteurs qui se sont occupés des délires systématisés secondaires. Krafft-Ebing, Schüle, Kræpelin, Tonnini déclarent que ces états vésani-

ques s'accompagnent toujours d'affaiblissement mental. Il n'y a là peut-être qu'un malentendu. Quelques délires secondaires s'installent à la faveur d'un affaiblissement des facultés, particulièrement les délires post-maniaques. D'autres arrivent assez rapidement à la démence, en raison même de leur origine psychonévrotique, mais nous estimons que beaucoup d'entre eux peuvent exister longtemps et évoluer sans symptômes de démence.

Quoi qu'il en soit, il nous semble qu'à la lumière de ces données la pathogénie des délires systématisés secondaire peut s'éclairer. Sur une constitution paranoïenne germent et évoluent les délires systématisés qu'on est convenu d'appeler primitifs. La dégénérescence acquise, les psychonévroses, seules ou associées à des tendances paranoïennes originelles mais latentes, réalisent une constitution le plus souvent hybride, paranoïenne et psychonévrotique à la fois. Sur cet état constitutionnel secondaire, s'organisent des délires plus ou moins mélancoliques, jamais complètement paranoïens.

Cette manière de comprendre les états psychopathiques qui servent de substratum aux délires systématisés secondaires nous éloigne aussi bien de la théorie de M. Magnan que de celle de Tonnini.

Le premier les considère comme étant exclusivement des manifestations de la dégénérescence héréditaire ; le second, comme la conséquence d'un état dégénératif, complété, il est vrai, par une psychonévrose, mais analogue à celui de la paranoïa primitive.

Nous avons ainsi jeté les bases de l'étiologie des délires systématisés post-mélancoliques en général ; ajoutons qu'ils s'observent avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme, à l'âge adulte, un peu en avant la période où se montrent de préférence les délires systématisés progressifs.

La symptomatologie des délires systématisés post-mélancoliques représente les manifestations des deux ordres de dégénérescence, que nous avons mis dans leur étiologie : si l'élément psychonévrotique l'emporte sur l'élément paranoïen, le délirant sera plus mélancolique qu'orgueilleux ; il parlera comme un mégalomane et réagira comme un mélancolique lorsque l'élément paranoïen aura le pas sur l'élément psychonévrotique.

De la connaissance parfaite du rôle de ces deux éléments découlent le diagnostic et le pronostic d'un délire systématisé post-mélancolique. Très grave s'il s'agit d'un délire à caractères paranoïens purs, le pronostic devient moins sérieux lorsque le délire participe également des caractères de la paranoïa et de la psychonévrose.

Le troisième groupe des délires systématisés post-mélancoliques comprend tous ceux qui ont un caractère exclusivement dépressif. Le délire de possession démoniaque, le délire hypochondriaque, le délire des négations en sont les formes principales.

Ces délires ont des caractères communs. Ils se manifestent après

plusieurs accès de mélancolie, chez des sujets à antécédents héréditaires chargés. Les troubles des sensibilités générale et spéciales y occupent la première place. Ces troubles de la sensibilité correspondent à des altérations anatomiques du système nerveux. Les sensations pénibles provenant de ces altérations nerveuses engendrent le délire. Ces sensations sont réelles ; ce qui est faux, c'est seulement leur interprétation.

Ces altérations du système nerveux sont peut-être la conséquence d'auto-intoxications. Il est probable, en effet, que les troubles viscéraux qui s'observent fréquemment au début des psychonévroses mélancoliques, favorisent la production des poisons organiques. Ces poisons frappent le système nerveux périphérique et central, créant des sensations pénibles dont l'interprétation constitue le délire, de sorte que la psychonévrose serait à la fois la cause et le résultat des lésions nerveuses. Cela étant, il faudrait faire intervenir, dans la production des délires mélancoliques, un troisième facteur, à savoir l'élément toxique, car l'élément paranoïen ne fait jamais défaut; il explique la systématisation du délire et son évolution vers la transformation de la personnalité.

3° *Délires systématisés secondaires à la folie à double forme.* — La folie à double forme étant une vésanie caractérisée par la succession plus ou moins régulière d'accès de manie et de mélancolie, il n'y a pas lieu de se montrer surpris qu'un délire systématisé puisse se greffer sur ces accès mélancolico-maniaques comme sur des accès isolés de mélancolie ou de manie. La phase mélancolique de la folie à double forme pourra aboutir, par exemple, à un délire de négation et la phase maniaque à un délire ambitieux. La systématisation de ces délires est toujours très imparfaite et éphémère, elle sombre le plus souvent de bonne heure avec les facultés intellectuelles. Le pronostic est donc dans ces cas particulièrement grave. Quant à la pathogénie, elle se confond naturellement avec avec celle des délires post-maniaques ou post-mélancoliques.

4° *Délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.* — Les névroses (épilepsie, hystérie, neurasthénie) sont une source de sensations pénibles. Ces sensations, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué. Cela veut dire qu'un délire systématisé lié à une névrose se reconnaîtra toujours aux troubles de la sensibilité qui l'accompagnent et qui porteront le cachet de la névrose dont ils dépendent.

Les intoxications, l'alcoolisme par exemple, en influençant le système nerveux périphérique, éveillent également des sensations pénibles dont l'interprétation peut donner lieu à un délire systématisé. Mais ici encore le trouble sensoriel seul dépend de l'alcoolisme. L'interprétation et la systématisation délirantes sont fournies par l'appoint paranoïen. Le délire de persécution est, comme on le sait, la forme commune du délire systématisé secondaire à

l'alcoolisme. Les mêmes considérations s'appliquent aux maladies viscérales, aux diathèses, etc.

L'anatomie pathologique des névroses est tout entière à faire et l'action des divers poisons sur les centres nerveux est encore très mal connue. Ces poisons agissent-ils directement sur les centres nerveux ou bien troublent-ils quelque grande fonction, favorisant ainsi une auto-intoxication qui vient frapper les éléments nerveux? Il serait imprudent actuellement de vouloir trancher cette question ; mais ce qu'on peut d'ores et déjà affirmer, c'est que les intoxications ainsi que les névroses et les psychonévroses favorisent l'apparition des délires systématisés en troublant le jeu régulier des fonctions sensitivo-sensorielles chez les sujets héréditairement prédisposés.

A la suite de cet exposé s'est élevée une discussion très instructive à laquelle ont pris part MM. *Vallon*, *Ballet*, *Régis* et *Anglade*.

Nous retiendrons notamment les réflexions inspirées à M. *Régis* par le rapport de M. *Anglade*.

Pour cet aliéniste, la doctrine qui suppose l'existence à la base de tous les délires systématisés secondaires d'une constitution paranoïenne, paraît beaucoup trop hypothétique pour que sa discussion puisse être abordée avec fruit. Il admet, avec M. Anglade, l'existence de délires systématisés post-maniaques et post-mélancoliques et croit seulement qu'il a eu tort de ne pas les distinguer en délires systématisés précoces et en délires systématisés tardifs, suivant qu'ils apparaissent au début ou à la fin d'un accès de manie ou de mélancolie; ces deux variétés de délires n'ont pas, en effet, les mêmes caractères et ne se présentent pas avec le même degré de fréquence dans la manie et la mélancolie. Les délires précoces sont plus communs dans la mélancolie que dans la manie, et c'est le contraire pour les délires tardifs.

Quant au délire des négations, M. Regis ne croit pas qu'il soit exact, comme le soutient M. Anglade, de le considérer toujours comme secondaire. Il y a des mélancoliques qui deviennent négateurs ; il existe aussi des négateurs d'emblée. Il suffit, par exemple, qu'un malade préseute des anesthésies viscérales pour qu'il nie l'existence de ses organes, sans passer par une phase de délire mélancolique. Cette anesthésie viscérale étant le plus souvent la conséquence d'une auto-intoxication, on se trouve ainsi amené à chercher la raison des délires systématiques dans un substratum anatomo-pathologique plutôt que dans l'existence problématique d'une constitution paranoïenne.

Les travaux du Congrès ont été repris le lendemain matin, 6 avril, dans l'amphithéâtre de physique de l'Ecole de Médecine en raison des projections nécessaires au bon exposé des questions à traiter.

En l'absence de M. Dutil, empêché, M. le professeur *Gilbert Ballet* a fait un exposé magistral de la question des psychoses polynévritiques inscrite en second lieu à l'ordre du jour du Congrès.

D'après M. *Ballet*, on peut ainsi résumer l'état de la question :

« En 1889, quand Korsakoff vint parler des psychoses polynévritiques, il se produisit tout d'abord une sensation d'étonnement et de surprise, car si les polynévrites étaient bien connues, les troubles mentaux n'avaient pas été remarqués. Cependant, leur réalité fut bientôt admise et les observations de faits de ce genre se multiplièrent.

Du reste, pour être juste, on doit reconnaître que la chose avait été entrevue avant Korsakoff ; c'est ainsi que Charcot avait signalé les troubles amnésiques dans la polynévrite alcoolique ; mais c'est à l'auteur russe que revient le mérite d'avoir réellement décrit les psychoses polynévritiques.

Qu'est-ce donc que la psychose polynévritique ? On doit entendre sous ce nom des syndromes mentaux, associés d'habitude à la polynévrite et reconnaissant la même cause toxi-infectieuse. M. *Ballet* dit : syndromes mentaux, car il y a une grande multiplicité de formes dans les troubles mentaux observés.

De même, il insiste sur les mots « associés d'habitude », car cette association n'est pas fatale ; car on peut trouver, d'une part, des polynévrites sans troubles mentaux, et d'autre part, les mêmes troubles mentaux avec peu ou prou de polynévrite. Polynévrite et syndromes mentaux sont, en effet, les manifestations extérieures de deux lésions juxtaposées, mais relevant d'une même cause toxi-infectieuse.

Les formes cliniques de la psychose polynévritique sont très nombreuses ; on peut les diviser en trois groupes principaux :

a) *Forme délirante.* — Elle est constituée par un délire qui a tous les caractères du délire onirique de M. Régis ; le malade a du subdélire le soir, des rêvasseries pendant la nuit, persistant parfois le jour. En voici un exemple : un homme atteint d'une fièvre typhoïde, au cours ou plutôt pendant la convalescence de laquelle il rêve le soir et a des hallucinations dans la journée, guérit, mais s'imagine qu'il a été décoré, et a réalisé une fortune en vendant des bibelots rapportés du Tonkin. Sa femme, qui n'avait pas voulu, au début, le contrarier en le contredisant, eut beaucoup de peine, au bout de quatre semaines, à le ramener à la réalité.

b) *Forme amnésique.* — L'amnésie est, dans ces cas, bien particulière ; elle est pure : le malade cause très bien de choses présentes, mais si on l'éloigne du moment, il a perdu tout souvenir même des choses de la veille. Ces troubles, s'ils guérissent quelquefois, sont trop souvent définitifs.

Au point de vue pathogénique, la psychose polynévritique est évidemment d'origine toxi-infectieuse, exotoxique ou endotoxique.

Mais il y a des faits, et des faits nombreux, où les troubles mentaux persistent alors que depuis longtemps l'organisme s'est débarrassé des toxines ou du poison. Pour expliquer ces cas on

était fatalement amené à supposer l'existence de lésions matérielles de la cellule par les toxines.

Ces lésions ont été cherchées. Qu'a-t-on trouvé ? Jusqu'en 1896 on ne signalait que l'œdème de la pie-mère, la congestion des méninges, la surcharge pigmentaire des cellules. Depuis cette époque, les hasards de la clinique ont permis à M. Ballet de faire l'examen histologique du cerveau de plusieurs malades. Prenons comme type une alcoolique atteinte de psychose polynévritique à forme de confusion mentale, morte, dans son service, de tuberculose pulmonaire. En dehors des lésions propres à cette affection et à la cirrhose hépatique, en dehors de la dégénérescence wallérienne des nerfs, il a trouvé, dans la moelle et dans le cerveau, des lésions sur lesquelles nous allons revenir après avoir rappelé les expériences qui peuvent en faire comprendre l'importance.

On sait que Nissl, après avoir coupé chez un cobaye un nerf périphérique, a constaté que dans la moelle, quelque temps après, la cellule originelle s'altère ; elle perd sa forme triangulaire, son protoplasma disparaît, elle devient flou ; son noyau est projeté à la périphérie. Ces résultats ont été confirmés par les expériences de Marinesco et par celles qu'a faites M. Ballet avec M. Dutil.

Eh bien, la polynévrite reproduit ce qu'ils ont fait expérimentalement, elle détruit le tube nerveux, et produit sur les cellules de la moelle le même effet que la section effectuée dans nos expériences.

Aussi chez notre malade nous avons trouvé dans la moelle les lésions décrites par Nissl. Mais ces mêmes lésions cellulaires nous les avons retrouvées dans la région du lobule paracentral. Les grandes cellules avaient perdu leur forme triangulaire ; il y avait de la chromatolyse péri-nucléaire ou totale et le noyau était projeté à la périphérie. M. Ballet a pu faire la même constatation dans deux autres cas dont un inédit, recueilli par M. Faure dans le service de M. le prof. Landouzy.

Comment doit-on interpréter ces lésions ? Résultent-elles de l'action directe de la toxine sur la cellule ou sont-elles secondaires à la lésion de la fibre nerveuse ?

Peut-on résoudre le problème à l'examen de la lésion cellulaire. Non, car quoi qu'on ait pensé, il n'y a pas de différences radicales et spécifiques entre les lésions primitives et secondaires de la cellule. Les recherches expérimentales qui ont été faites chez le chien par M. Ballet et M. Maurice Faure, les observations anatomo-pathologiques de M. Marinesco rendent plus probable que c'est secondairement que la cellule nerveuse s'altère.

Quelle que soit l'interprétation, il n'en est pas moins acquis qu'il y a des lésions.

Existent-elles toujours ? dans tous les cas, c'est-à-dire conditionnent-elles le trouble psychique ?

Il est vraisemblable qu'elles conditionnent l'amnésie, mais elles

ne sont pas l'intermédiaire obligé entre la toxémie et les formes délirantes. C'est ainsi que dans un cas non encore publié, et où la mort s'est produite par anévrysme du cœur une semaine après le début de la psychose, ils n'ont pas trouvé de lésions corticales.

La chose est facile à expliquer ; la cellule crie dès que sa nutrition est troublée par la toxine, tandis qu'il faut un certain laps de temps pour qu'une lésion s'établisse.

En résumé, quand on fait la revue des cas de cérébropathies psychiques survenues sous l'influence d'une toxémie, et présentant la physionomie assignée à la psychose polynévritique, on trouve : des psychoses *a*) avec beaucoup de polynévrite, *b*) avec peu, *c*) avec pas de polynévrite.

Par suite, l'expression psychose polynévritique est mauvaise ; du reste, Korsakoff ne l'a proposée qu'en second lieu ; il préférait cérébropathie psychique toxémique. Cette cérébropathie devient souvent une neuro-cérébrite toxique (Pierret).

Cette conférence très brillante et très applaudie a provoqué une discussion intéressante.

M. *Vallon* rapproche de la forme délirante décrite par M. G. Ballet dans la psychose polynévritique, certains cas d'alcoolisme aigu. Il n'y a rien d'étonnant à cette analogie symptomatique, puisque l'alcolisme est aussi une intoxication. Baillarger comparait ces cas à une pièce d'eau gelée qui se désagrège sous l'action du soleil, et où quelques îlots de glace seuls surnagent. Cette comparaison fait bien comprendre ce qui se passe après ces accès d'alcoolisme subaigu, où le délire se désagrège peu à peu, laissant subsister pendant quelque temps quelques reliquats.

M. *Régis*, sur la demande de M. Lefour de faire à ses élèves une conférence sur la psychose post-éclamptique, a fait dans son service une enquête qui lui a permis de constater que cette psychose peut se montrer indépendamment des attaques d'éclampsie. C'est qu'en effet il s'agit là d'une psychose toxique ou infectieuse.

Cette origine, qui est aussi celle de la psychose polynévritique, indique qu'on retrouve la même symptomatologie dans les deux affections.

M. *Anglade* demande à M. Ballet quelques renseignements sur l'interprétation des lésions qu'il a décrites. Elles portent sur le tissu chromatique et le tissu achromatique, terrains dont les troubles ne peuvent avoir la même importance. Les granulations paraissent être des éléments de réserve, et, par suite, la chromatolyse cellulaire n'aurait donc pas l'importance qu'on lui prête. En revanche, les lésions achromatiques semblent devoir avoir une importance bien plus grande. Enfin, les déformations cellulaires indiquées ont été signalées dans d'autres affections que la psychose polynévritique ; aussi M. Anglade demande à M. Ballet quelle est leur valeur spécifique dans cette dernière affection et s'il croit qu'elles sont suffisantes pour produire le délire.

M. *Ballet* croit, avec M. Anglade, que les granulations sont un

élément de réserve et que leurs lésions sont moins graves que celles de la trame ; quand nous aurons une technique qui permettra d'apprécier les lésions fines de cette trame nous aurons fait un grand pas. Quant aux lésions cérébrales des polynévritiques elles n'ont pas plus de spécificité que les lésions de leurs nerfs : elles disent que la cellule a souffert profondément dans sa nutrition ; elles disent cela et pas autre chose.

Le troisième question mise à l'ordre du jour du Congrès concernait la médecine légale et portait sur les aliénés méconnus et condamnés.

Elle a été traitée d'une manière très brillante et à la satisfaction générale par le docteur *Taty* qui joint à la qualité de médecin aliéniste des plus distingués celle de juriste très compétent.

Selon M. *Taty*, rapporteur, les aliénés méconnus et condamnés se répartissent en deux grands groupes : le premier comprend les sujets dont l'état d'aliénation a passé complètement inaperçu et qui ont été condamnés sans que les juridictions chargées d'établir leur culpabilité et de leur appliquer la loi pénale aient réclamé un examen médical.

Dans le second groupe, on rencontre tous ceux dont l'état mental a inspiré des doutes sérieux à la justice et qui, bien qu'ayant été soumis à un examen médical, ont été néanmoins l'objet d'une condamnation, soit que les experts les aient déclarés responsables, soit que les tribunaux aient passé outre à l'opinion des experts concluant à l'irresponsabilité.

Les sujets du second groupe, s'ils sont bien des aliénés condamnés, ne sont pas à proprement parler des aliénés méconnus. Ils n'ont pas été, du moins, méconnus par tout le monde. Si l'arrêt rendu contre eux a été unique, la faute en est non pas tant à la loi qu'aux hommes chargés de l'appliquer. Revenir sur ces « choses jugées » autrement que pour les regretter serait faire besogne inutile, étrangère, en tout cas, au but de ce rapport.

Il n'en va pas de même pour les aliénés du premier groupe, condamnés sans expertise, soit que l'on ait repoussé à priori l'idée d'un examen médico-légal, soit que l'on n'ait pas songé à le réclamer. Les cas de refus d'expertise sont de plus en plus rares. Les faits d'oubli d'expertise sont plus nombreux. C'est à ces derniers qu'est limité ce rapport.

Les cas indiscutables d'aliénation mentale qui dans ces dernières années ont été suivis de condamnations se rapportent à des paralytiques généraux, des déments, des persécutés, des imbéciles, etc., etc.

Quelles sont les raisons de cet état de choses à tous égards regrettable ?

La première, c'est la présomption légale de l'intégrité des facultés intellectuelles de l'inculpé. C'est une doctrine admise partout, et notamment en Angleterre, que tout individu doit être sup-

posé par les jurés sain d'esprit et capable de répondre de ses actes, jusqu'à preuve du contraire.

Il serait à désirer, suivant nous, au moins en droit criminel, que les magistrats fussent plutôt portés à regarder les infractions comme le résultat d'états anormaux, et à faire d'abord trancher la question préjudicielle de sanité d'esprit.

La deuxième raison des erreurs que j'ai signalées tient à ce que le magistrat n'a pas le temps matériel de se faire une opinion sur l'intégrité mentale des milliers de prévenus qui lui passent sous les yeux. On pourrait remédier à ces lacunes de l'instruction en obligeant les commissaires de police à consigner dans leurs procès-verbaux les faits étranges qui les ont frappés.

Mais le meilleur remède à apporter aux défectuosités actuelles de l'instruction serait de mettre les magistrats d'une part, les avocats de l'autre, en état d'apprécier l'opportunité d'une expertise médicale. Un autre moyen serait de rattacher par un lien plus étroit les médecins aliénistes à l'instruction des affaires judiciaires. Ce double desideratum serait réalisé par l'organisation de l'enseignement des maladies mentales dans les Facultés de droit et par l'obligation imposée à tous les étudiants en médecine de faire un stage dans une clinique de maladies mentales. De cette façon les tribunaux pourraient trouver dans leur ressort un expert capable d'examiner ou tout au moins de visiter tous les prévenus au point de vue mental.

Une simple visite suffirait, en effet, pour reconnaître des paralytiques généraux, des déments, des maniaques, des idiots et même des persécutés. Eviter ces erreurs grossières serait déjà un beau résultat.

Pour les autres cas, de diagnostic plus difficile, la simple visite n'éclairerait peut-être pas complètement l'expert. Mais elle pourrait déjà lui inspirer des doutes ; il serait mieux placé que le juge pour en avoir et demander, au besoin, un supplément d'expertise.

Dans ces conditions, c'est-à-dire avec un examen préalable de tous les inculpés, suivi pour quelques-uns d'entre eux d'une expertise en règle, il est permis d'espérer que l'on arriverait à dépister tous les cas d'aliénation mentale.

Afin de donner à la magistrature toute sécurité au point de vue de l'internement des aliénés dangereux, il serait nécessaire d'introduire dans la loi une disposition accordant aux magistrats le pouvoir de statuer d'office sur la séquestration des criminels ou délinquants déclarés irresponsables pour cause d'aliénation mentale et d'intervenir dans leur sortie, et en outre, comme corollaire de cette disposition, de créer des asiles spéciaux de sûreté sous cette réserve que le placement n'y serait effectué que sur avis médical motivé et quand l'asile ordinaire serait reconnu insuffisant. Ces deux derniers desiderata ont du reste reçu satisfaction dans la proposition de loi sur les aliénés dont le rapport a été déposé récemment à la Chambre des députés par M. Dubief. Notre con-

frère y a également inscrit l'obligation d'une expertise contradictoire pour tout inculpé présumé aliéné et la nécessité pour le jury de statuer sur l'irresponsabilité de l'accusé. Nous ne pouvons que donner notre approbation à ces dispositions.

Ainsi donc, l'instruction contradictoire avec son corollaire obligé, l'expertise contradictoire, le développement de l'enseignement des maladies mentales dans les Facultes de médecine, l'extension de cet enseignement aux étudiants des Facultés de droit, l'organisation d'un service médical chargé de visiter tous les prévenus incarcérés et au besoin les prévenus en liberté, l'intervention de la magistrature pour le placement d'office des prévenus reconnus aliénés, la création d'asiles de Sûreté, etc..., tel est l'ensemble des mesures que nous soumettons à l'examen du Congrès pour empêcher qu'un cas d'aliénation soit méconnu et suivi de condamnation.

Si, malgré ces précautions, la condamnation venait à être prononcée, on aurait recours à la réformation du jugement, et si la condamnation était devenue définitive, des médecins aliénistes chargés de l'inspection des prisons devraient intervenir pour faire placer le malade dans un asile.

Ces considérations intéressantes ont été très remarquées et ont motivé l'intervention dans une discussion des plus intéressantes des aliénistes les plus compétents en la matière.

Pour M. *Drouineau*, parmi les moyens susceptibles d'empêcher à l'avenir les condamnations de délinquants atteints d'aliénation mentale, M. Taty place au premier plan le développement de l'enseignement des maladies mentales et l'extension de cet enseignement aux étudiants en droit. Cependant il ne faut pas se faire beaucoup d'illusions sur les résultats que pourra donner l'adoption de cette mesure. M. Drouineau est partisan de développer dans une aussi large mesure que possible l'enseignement de la psychiatrie, et il estime que tous les étudiants en médecine doivent recevoir cet enseignement ; mais il ne croit pas qu'il y ait de réels avantages à y faire participer les étudiants en droit. Il ne faut pas toutefois se dissimuler que nous nous heurtons ici à une difficulté juridique et que tant que la loi de 1838 sera en vigueur il ne sera pas possible d'organiser sérieusement l'enseignement des maladies mentales.

M. Drouineau se sépare encore de M. Taty sur un autre point. Le rapporteur semble admettre que lorsque tous les étudiants auront reçu des notions de médecine mentale, ils seront capables de remplir les fonctions d'expert. Il y aurait là, un danger. Certainement il faut répandre le plus possible la connaissance des maladies mentales parmi les étudiants ; mais de là à croire qu'ils pourront être chargés d'expertises en matière d'aliénation mentale, il y a loin. Les fonctions d'experts devront toujours être confiées à des aliénistes de carrière. Ceux-ci devraient être également chargés de visiter les prisonniers et de s'assurer de leur état men-

tal, les médecins ordinaires des prisons étant insuffisamment qualifiés pour cette mission. Quant à la création d'asiles de Sûreté destinés aux criminels devenus aliénés, etc., on ne peut que l'approuver ; malheureusement, les ressources actuelles du budget sont insuffisantes pour permettre la construction, au moins immédiate, de ces établissements.

D'après M. *Giraud* (*de Rouen*), il est certain, comme vient de le faire remarquer M. Drouineau, que les fonctions d'expert ne pourront jamais être confiées à tous les médecins, lors même que l'enseignement des maladies mentales aura reçu les développements qu'il ne comporte pas aujourd'hui ? Actuellement, en effet, les expertises en matière d'aliénation mentale ne sont guère confiées qu'à des médecins spécialistes et, malgré cette précaution, il leur arrive quelquefois de se tromper. Que serait-ce s'ils n'avaient pas fait de l'étude des maladies mentales l'occupation de toute leur vie ?

Ces erreurs de diagnostic se rencontrent surtout dans les cas de folie morale, mais elles sont rares, et nous en avons la preuve dans ce fait qu'il est absolument exceptionnel de voir transférer un aliéné de la prison à l'asile quand il y a eu expertise médicale.

C'est devant les tribunaux correctionnels que l'on observe le plus grand nombre d'aliénés méconnus, ce qui tient probablement à la procédure sommaire des flagrants délits. De là l'importance de reconnaître le plus rapidement possible dans les prisons les aliénés qui s'y trouvent soit comme prévenus, soit comme condamnés.

Il est nécessaire, à ce point de vue, que l'administration pénitentiaire réalise quelques progrès sur l'état de choses actuel, car on voit encore souvent de nos jours des séries de condamnations frapper un véritable aliéné avant que son état mental soit reconnu.

M. Giraud profite de cette occasion pour appeler l'attention sur une catégorie toute spéciale de délinquants, celle des enfants acquittés comme ayant agi sans discernement et envoyés dans une maison de correction. Dans les cinq dernières années il a reçu à Saint-Yon comme atteintes d'aliénation mentale sept jeunes filles qui venaient d'une maison de correction. Ces jeunes filles, pour la plupart imbéciles ou épileptiques, auraient dû être dirigées directement sur un asile. Pour éviter autant que possible le retour de pareilles erreurs, il serait à désirer, selon lui, que les enfants acquittés comme ayant agi sans discernement et ne pouvant être rendus à leur famille fussent désormais confiés à l'Assistance publique, au lieu d'être laissés entre les mains de l'Administration pénitentiaire.

M. *S. Garnier* communique l'observation d'un aliéné qui fut condamné par suite d'une erreur des médecins experts qui avaient admis sa responsabilité. Il s'agit d'un homme ayant allumé dans une nuit quatre incendies.

L'année suivante, après avoir purgé sa condamnation, cet individu alluma de nouveaux incendies. Une seconde expertise rangea l'accusé parmi les dégénérés atteints d'impulsion pyromaniaque et conclut à l'irresponsabilité.

L'acquittement fut prononcé. En présence de ce fait, qui n'est pas isolé, l'orateur demande qu'il soit institué une commission médico-judiciaire de contrôle des expertises.

Il a semblé à M. *Granjux* que l'on pourrait peut-être trouver des éléments d'appréciation importants pour l'étude des « aliénés méconnus et condamnés » d'une part dans la connaissance exacte de ce que deviennent au point de vue de l'aliénation mentale les militaires condamnés, etc., d'autre part, dans la comparaison de ce qui se passe au point de vue mental chez eux et chez leurs camarades n'ayant jamais eu de démêlés avec la justice.

M. *Granjux* s'est servi pour ses recherches uniquement de la statistique médicale de l'armée, rédigée au ministère de la guerre d'après les rapports établis par le service de santé. Or il résulte de l'examen des chiffres contenus dans cette statistique que le nombre des aliénés est, par rapport au reste de l'armée, double dans les bataillons d'Afrique, quadruple dans les établissements pénitentiaires et huit fois et demie plus considérable dans les compagnies de discipline. On ne peut guère expliquer la raison de cet état de choses qu'en admettant que nombre de prédisposés, aliénés confirmés ou au début sont fatalement méconnus lors de leur comparution devant les conseils de guerre ou de discipline.

On empêcherait, à son avis, sinon totalement, du moins en grande partie, de pareilles erreurs en prescrivant que tout homme en prévention de conseil de guerre ou de discipline soit soumis à un examen médico-légal de la part du médecin du corps.

M. *Mabille* tient à déclarer, à l'appui des observations que vient de présenter M. Granjux, qu'il lui arrive très souvent de recevoir à La Rochelle des fusiliers disciplinaires venant du château d'Oloron. La plupart de ces sujets, qui ont été punis pour des actes d'insubordination, sont des dégénérés héréditaires, des débiles ou des imbéciles que les défectuosités de leur état mental rendent complètement impropres au service militaire.

M. *Régis*, comme sanction aux observations précédentes, émet le vœu, d'une part, que l'expertise médicale au point de vue mental soit organisée devant les tribunaux militaires telle qu'elle existe devant les tribunaux civils et, d'autre part, que l'examen mental de tout militaire en prévention de conseil de discipline ou de conseil de guerre soit pratiqué par le médecin du corps avec adjonction possible, sur sa demande, d'experts spécialistes pris sur la liste dressée chaque année par les tribunaux du ressort. Ce vœu est adopté.

En dehors de ces discussions concernant les questions inscrites au programme, il a été fait au Congrès de Marseille un grand nombre de communications scientifiques intéressantes, parmi les-

quelles nous citerons le résumé de celles qui nous paraissent devoir retenir particulièrement l'attention en regrettant que la place nous fasse ici défaut pour ne pas en citer d'avantage.

M. *Grasset* a présenté des réflexions très intéressantes à propos d'un cas de tremblement segmentaire dans la sclérose en plaques.

Quoique déjà fort avancée et brillamment documentée, l'histoire de la distribution métamérique ou segmentaire des symptômes nerveux ne paraît pas fermée. Cette étude a principalement et à peu près exclusivement porté sur les symptômes trophiques, comme les zonas et certaines dermatoses, et sur les troubles sensitifs, tels que les anesthésies, totales ou dissociées. Mais les symptômes moteurs ont été bien moins étudiés au point de vue de leur distribution métamérique ou segmentaire.

C'est sur cette lacune que l'auteur voudrait attirer l'attention des cliniciens en relatant d'une manière sommaire un cas de tremblement à distribution segmentaire chez une femme de quarante ans atteinte de sclérose en plaques. La maladie a débuté, il y a deux ou trois ans, par des vertiges. Puis sont survenues une impotence de la jambe gauche avec raideur, une hémianesthésie gauche et un tremblement du bras droit. Plus tard, la parole devient et reste scandée, spasmodique, monotone. Le tremblement, tout en étant toujours plus marqué au bras droit, s'étend notamment à la tête qui, lorsqu'elle n'est pas appuyée, est agitée de mouvements de oui, de non et de latéralité.

Dans les membres gauches l'hémianesthésie a disparu ; il y a un tremblement intentionnel (moins marqué qu'à droite) et surtout une diminution de la force musculaire avec atrophie de certains muscles ; en outre, attitude du pied en équin, douleurs spontanées et à la pression des troncs nerveux, exagération des réflexes tendineux, ainsi que diminution de l'excitabilité faradique et galvanique sans réaction de dégénérescence.

Le tremblement du membre supérieur droit, qui seul nous intéresse ici, est nettement intentionnel ; il n'apparaît jamais au repos.

Lorsqu'on ordonne le mouvement classique de porter le verre à la bouche, de boire et de répéter l'acte, la malade tremble beaucoup ; elle tremble de plus en plus si l'on déplace le verre et qu'on rende plus long et plus difficile l'acte de le saisir. Une fois le verre bien saisi, elle le porte à sa boucle sûrement, sans trembler, et même en répétant cet acte une série de fois, elle le fait correctement. Mais si, le verre étant près de la bouche, elle cherche à faire les mouvements nécessaires pour boire, le tremblement reparaît ; il augmente si l'on fait répéter cet acte particulier, non de porter le verre à la bouche, mais de le vider.

Il est facile d'analyser cette particularité qui, à première vue, ferait croire que le signe classique de la sclérose en plaques n'existe pas chez notre malade, puisqu'en somme elle porte correctement un verre à la bouche.

En réalité, elle a le tremblement intentionnel de la sclérose en plaques avec ses caractères classiques ; toutefois, ce tremblement est limité aux mouvements des doigts et de la main sur l'avant-bras, de sorte qu'il apparaît nettement quand ces mouvements interviennent pour saisir le verre ou pour le vider ; mais il ne se montre pas du tout lorsque, le verre une fois saisi, les mouvements de l'avant-bras et du bras interviennent seuls pour porter le verre de la table à la bouche.

De même, la malade est incapable, à cause du tremblement, d'enfiler une aiguille, de coudre, d'écrire ; mais si on lui immobilise le poignet et les doigts sur un crayon, elle trace bien une ligne horizontale droite, à la condition de ne mouvoir que le coude et l'épaule.

En somme, il s'agit ici d'un tremblement segmentaire, en gant, ce qui n'est ni classique, ni fréquent dans la sclérose en plaques.

A ces deux points de vue, le tremblement de cette malade est l'opposé du tremblement classique de la sclérose eu plaques. Au lieu d'être massif, il est segmentaire et, au lieu de porter sur la racine du membre, il en affecte exclusivement l'extrémité. A cela on pourrait objecter que cette femme n'est qu'une hystérique et n'a pas de sclérose en plaques. Il est vrai que l'hémianesthésie transitoire et l'émotivité de la malade pourraient faire penser, à l'hystérie. Mais les vertiges, les troubles de la parole, les parésies durables à gauche, la persistance et la marche progressive du tremblement, l'atrophie musculaire, le pied en équin, la diminution de l'excitabilité galvanique et faradique prouvent qu'il y a une lésion. Peut-être avons-nous affaire à une association hystéro-organique ; toutefois, la lésion organique paraît aussi certaine que possible pour une malade encore vivante. Et s'il y a lésion, ce ne peut-être qu'une sélérose en plaques.

En tout cas, alors même qu'on n'accepterait pas ce diagnostic, un fait reste acquis : c'est que nous avons là un tremblement nettement segmentaire, c'est-à-dire limité aux doigts et à la main. Or, quand on analyse un tremblement, on tient compte de la fréquence de ses oscillations à la minute et de l'influence que ses mouvements exercent ou non sur sur son intensité, mais on ne s'occupe pas de sa distribution. C'est là un troisième caractère qu'il faudra, à l'avenir, rechercher chez tous les trembleurs. On arrivera ainsi à localiser, mieux qu'à l'aide des autres caractères, le siège de la lésion, en distinguant le tremblement nerveux périphérique, le tremblement radiculaire et le tremblement segmentaire spinal.

MM. *Febvré* et *Picqué* présentent un travail très intéressant et très documenté sur les interventions chirurgicales chez les aliénés en particulier au point de vue gynécologique. Ils pensent avec raison que les lésions de l'utérus et des annexes ont une grande im-

portance chez ces malades et peuvent jouer dans certains cas un rôle important vis-à-vis de la genèse et de l'évolution des troubles mentaux.

Outre l'amélioration physique qu'une opération peut apporter chez l'aliéné, une amélioration de l'état mental peut en résulter, car M. Febvré a vu des lésions de ce genre provoquer des obsessions ou faire naître des idées délirantes nouvelles surajoutées à une obsession préexistante. Les opérations nombreuses faites à l'asile de Ville-Evrard ont été suivies de succès dans la plupart des cas à tous points de vue. Elles ont toujours eu pour but d'enlever des organes malades et elles n'ont été faites que dans les cas où elles auraient été pratiquées dans les hôpitaux. Toujours les familles des malades ont été invitées à donner l'autorisation d'opérer.

M. *Anglade* a étudié l'état des cellules de l'écorce grise du cerveau dans l'éclampsie.

Dans l'écorce grise du cerveau d'une éclamptique qui a succombé après une série d'attaques (30 en 2 jours), étudiée par les procédés ordinaires et notamment par la méthode de Nissl, on a pu constater : 1° l'altération des cellules pyramidales ; 2° la présence autour de ces cellules d'éléments anormaux. On observe deux degrés d'altérations cellulaires. La disparition des grains chromatiques correspond évidemment à l'épuisement de la cellule. La déformation, parfois très accusée, est la conséquence d'un processus destructif. Ces lésions n'ont rien de spécifique. Autour des cellules pyramidales, mais non exclusivement autour d'elles, on voit de petites cellules rondes fortement colorées. Elles sont disséminées un peu partout, pénètrent dans la loge de la cellule pyramidale et s'appuient contre ses parois. Ces éléments n'offrent d'anormal ici que leur nombre. C'est à tort, selon nous, qu'on leur a attribué un rôle dans quelques maladies, notamment dans la chorée chronique.

Plus spéciale paraît être la présence, dans les diverses couches de l'écorce grise et notamment autour des cellules pyramidales, de cellules rondes ou ovales plus volumineuses et moins colorées. Elles ont une paroi propre, un contenu granuleux. Un, quelquefois deux grains plus volumineux représentent le noyau. Ces éléments entourent les cellules pyramidales, les pénètrent évidemment et semblent se substituer à celles qui sont détruites. Ces cellules ne se rencontrent, dans les mêmes conditions, que dans l'écorce grise de sujets morts en état de mal épileptique. On serait tenté de leur attribuer un rôle excitant vis-à-vis de la cellule motrice.

Quant à leur nature, on peut se demander si ces éléments ne représentent pas des leucocytes émigrés des vaisseaux. Ramon Cajal, qui en a figuré de semblables récemment, affirme qu'il s'agit de corpuscules névroglitiques et Lugano est de son avis.

M. *Rispal* a eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique du système nerveux central d'un sujet atteint de chorée chronique

héréditaire avec démence et ayant succombé à une attaque apoplectiforme. La méthode de Nissl a permis de constater une diminution du nombre des cellules pyramidales des deuxième et troisième couches de l'écorce cérébrale dans les zones psycho-motrices, une atrophie dégénérative plus ou moins avancée de la plupart de celles qui subsistent et enfin une infiltration interstitielle très abondante de petites cellules rondes de nature vraisemblablement névroglique dans les parties profondes de l'écorce et principalement autour des cellules pyramidales en voie d'atrophie. L'existence de lésions à la fois parenchymateuses et interstitielles de l'écorce permet d'expliquer la production des mouvements choréiques et des troubles mentaux dans la maladie d'Huntington.

M. *d'Astros* relate l'observation d'un enfant de treize ans qui fait depuis quelque temps de la tuberculose pulmonaire et surtout ganglionnaire trachéo-bronchique, lorsque quelques symptômes cérébraux se montrent, tristesse, inertie, etc. Un mois après son entrée, le petit malade est pris d'un engourdissement de la jambe gauche et de secousses convulsives localisées qui font diagnostiquer une plaque de méningite dans la région paracentrale. Huit jours après se développe en douze heures une paralysie alterne supérieure (syndrome de Weber) constituée par une hémiplégie droite complète portant sur la face et les membres avec exagération des réflexes tendineux et, d'autre part, du côté gauche, un ptosis avec strabisme externe et dilatation pupillaire avec immobilité ; on rapporte ce syndrôme nouveau à un ramollissement du pédoncule cérébral gauche.

L'enfant succombe au bout de cinq jours. L'autopsie démontra une tuberculose très avancée des ganglions bronchiques dont quelques-uns ont acquis le volume d'un œuf, ainsi qu'une petite caverne dans le poumon droit. L'examen du cerveau fit constater, ainsi qu'on l'avait prévu : 1° des plaques de méningite tuberculeuse sur les régions paracentrales symétriques, mais beaucoup plus marquées à droite ; 2° un ramollissement du pédoncule cérébral gauche s'étendant à la partie inférieure de la couche optique, et à l'extrémité de la corne sphénoïdale. Les régions ramollies présentaient à leur surface une teinte ecchymotique et la pathogénie de ce ramollissement était très spéciale.

Le ramollissement du pédoncule cérébral relève habituellement d'oblitérations artérielles portant soit sur le tronc de la cérébrale postérieure, soit sur les branches qui en naissent à son origine. Ici le système artériel fut trouvé complètement intact. Par contre, il fut constaté une thrombose complète de la veine basilaire gauche, tronc important qui reçoit les veinules du pédoncule et va se jeter dans la veine de Galien. Quant à la cause de cette thrombose, elle relève probablement de lésions tuberculeuses, mais elle n'a pu être démontrée avec certitude.

M. *Boinet* communique une observation de méningite en plaques avec paralysie complète et anesthésie des membres supé-

rieur et inférieur droits, convulsions cloniques passagères, paralysie du membre supérieur gauche, hémiplégie faciale du même côté. A l'autopsie on a trouvé des amas de tubercules au niveau : 1° du tiers supérieur de la pariétale ascendante, du cinquième supérieur de la frontale ascendante, de tout le lobule paracentral de l'hémisphère gauche ; 2° du tiers supérieur de la frontale ascendante droite et de la partie postérieure de la deuxième frontale du même côté. Ce fait confirme les données classiques sur les localisations ; il est encore intéressant : 1° par la succession, le nombre, la variété, l'étendue de ces paralysies corticales ; 2° par la coexistence de l'anesthésie dans les membres supérieur et inférieur droits ; 3° par l'hyperesthésie et les douleurs fulgurantes du membre inférieur gauche qui, seul, a conservé sa motilité ; 4° par cette paralysie faciale d'origine corticale correspondant au côté respecté par l'hémiplégie.

M. *Boinet* relate encore l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans qui, au cours d'une granulie, fit une poussée méningitique accompagnée de mouvements jacksonniens convulsifs localisés aux membres supérieur et inférieur droits. Quelques jours après les mouvements se limitèrent au membre supérieur en prenant le caractère choréiforme. Les doigts de la main droite devinrent le siège de mouvements athétosiques étendus. La tête se prit à son tour, et les mouvements choréiformes devinrent tels que la malade tomba de son lit. La mort survint deux mois après le début des accidents. A l'autopsie, on trouve une infiltration gélatineuse, blanchâtre, opalescente, molle, à la surface des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, surtout dans la profondeur et sur les bords libres du sillon de Rolando ; les lésions prédominent vers la partie supéro-interne de ces deux circonvolutions et empiètent sur le lobule paracentral. Il existe, en outre, une plaque jaunâtre au niveau du tiers moyen du sillon de Rolando atteignant la partie correspondante de la frontale ascendante. Plaques de congestion sur la face externe du lobe occipital au-dessus du gyrus temporalis. Ces localisations expliquent les symptômes indiqués.

Il relate ensuite l'observation d'une fille de dix-sept ans qui contracte une blennorrhagie intense avec métrite ; quinze jours après elle est prise de douleurs très vives dans l'articulation coxo-fémorale droite, puis à gauche, au genou et au cou-de-pied. L'état général devient mauvais ; eschare au sacrum ; paraplégie complète ; hébétude, délire. Le sang puisé dans une veine du pli du coude est ensemencé dans du bouillon, donne, au bout de quelques jours, des cultures vertes de bacille pyocyanique, mélangé à du coli-bacile. Le délire et les phénomènes infectieux s'accroissent et la malade succombe dans un état comateux, trois mois et vingt et un jours après avoir contracté sa blennorragie. A l'autopsie, rate volumineuse, des ensemencements faits avec la pulpe sphérique donnent des cultures de coli-bacille. Les nerfs rachidiens pris à l'extrémité inférieure de la queue de cheval, présentent,

par places, des points de dégénérescence granulo-graisseuse, avec aspect moniliforme. Les méninges rachidiennes sont épaisses. Les vaisseaux de la moelle sont dilatés, surtout au niveau des cornes antérieures ; quelques-uns sont entourés de cellules embryonnaires. On trouve quelques cocci irrégulièrement disséminés dans les coupes de la moelle et des méninges. M. Boinet pense que ces manifestations spinales paraissent dépendre, non du gonocoque, mais des infections secondaires à une blennorrhagie extrêmement virulente.

MM. *Lannois* et *Paviot* rapportent l'histoire d'une femme de 46 ans, atteinte depuis 30 ans d'une arthrite tuberculeuse de l'épaule droite. Elle était entrée pour une hémiplégie droite progressive ayant débuté vers 40 ans, sans ictus, ayant respecté la face, ne s'accompagnant pas d'atrophie : réflexes exagérés et trépidation épileptoïde plus marquée à droite. Pas de troubles de sensibilité, mais dans les derniers temps, quelques douleurs à caractère fulgurant. La jambe et le bras gauche se prenaient à leur tour lorsque la malade succomba avec des phénomènes bulbaires.

A l'autopsie rien au cerveau, pas de lésions de la colonne vertébrale, ni des méninges médullaires. Sclérose en plaques typiques : plusieurs petites plaques grisâtres, d'aspect gélatineux sur la moelle dorsale de l'un et de l'autre côté. A la partie supérieure de la moelle cervicale, double tache scléreuse ne respectant que le pyramidal croisé et, dans les faisceaux postérieurs, plaque symétrique ne laissant indemnes que les parties latérales du faisceau de Burdach. Au niveau du renflement brachial et au-dessous, la plaque est limitée au côté droit. Pas de plaques sur le bulbe, ni à la région lombaire. Sur toutes les coupes présentées, on retrouve une péri-artérite très nette.

Les auteurs, après avoir indiqué les particularités cliniques du cas, insistent sur les rapports de l'arthrite tuberculeuse et de la lésion médullaire. Ce fait leur paraît une démonstration nette de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques.

MM. *Lannois* et *L. Mayet* estiment que l'albuminurie se présente comme un phénomène variable dans les crises épileptiques en se basant sur leurs analyses qui s'élèvent à plus de 400 et qui ont porté sur 50 malades.

Certains malades paraissent n'avoir jamais d'albumine après la crise, d'autres en ont toujours. Le plus souvent, c'est un phénomène variable : les malades ont une albumine transitoire et inconstante. Dans cette catégorie, 180 analyses, après 172 crises ou séries de crises, ont donné 95 résultats positifs, soit 55 %.

Après avoir énuméré les raisons qu'on a données de l'albuminurie post-paroxystique, les auteurs pensent qu'il faut rechercher la cause de ces variations dans l'intensité plus ou moins grande de l'asphyxie qui accompagne la crise ; la constriction vaso-motrice des artérioles, le ralentissement du cœur et la stase veineuse,

dans la phase tonique, réalisent les meilleures conditions pour le passage de l'albumine à travers le rein.

MM. *Noguès* et *Sirol* communiquent l'observation d'une femme de 51 ans, qui, sans antécédents héréditaires ou personnels d'aucune sorte, est atteinte, après un refroidissement, d'abord de fourmillements et de douleurs vagues dans le membre inférieur gauche, puis de paralysie avec atrophie en masse et hypoesthésie à tous les modes ; après 3 mois le membre inférieur droit se paralyse à son tour et s'atrophie, mais plus rapidement (quinze jours environ). A ce moment la paraplégie flaccide est complète, l'abolition des réflexes est absolue, l'atrophie musculaire considérable.

L'examen électrique fait constater de la diminution de l'excitabilité, mais il n'existe pas de R. D. Paralysie des réservoirs. Pas de troubles trophiques, ni de déformation rachidienne.

A propos de cette observation les auteurs passent en revue les diverses affections pouvant présenter le tableau symptomatique constaté : paralysies hytérique, toxique ou infectieuse, polynévrite à forme de polymyélite, polymyélite antérieure subaiguë ou chronique, et par élimination ils concluent qu'il ne peut s'agir que de myélite transverse dorso-lombaire, dont la lésion doit être située au niveau ou au-dessous du centre des réflexes et qui, très probablement, a pour substratum anatomique, une altération de la substance grise, des racines et des nerfs. Ces lésions expliqueraient même, d'après M. Brissaud, sans qu'on soit obligé d'invoquer une localisation médullaire précise, la paraplégie flasque d'emblée, alors que dans la myélite transverse, celle-ci est le plus souvent d'abord spasmodique.

MM. *Marie* et *Vigouroux* apportent trois observations de malades présentant des paralysies d'origine d'apparence bulbaire.

La première concerne une femme de 55 ans ayant eu deux attaques successives et présentant le tableau complet de la paralysie pseudo-bulbaire décrite par M. Brissaud, avec paralysie de la langue, parésie du voile du palais, troubles de la respiration, rires et pleurs spasmodiques, etc.

La deuxième se rapporte à une femme de 54 ans, qui depuis 7 ans, à la suite d'une paralysie des quatre membres, présente une abolition totale des mouvements phonétiques de la langue, avec hémyosthénie généralisée et divers troubles trophiques.

La troisième malade présente une ophtalmoplégie interne et de la paralysie faciale du côté droit. Des certificats antérieurs apprennent qu'elle a été aphasique. De plus, elle a de la polyurie. Elle présente, en outre, des obsessions, des impulsions, des phobies très curieuses.

MM. *Marie* et *Vigouroux* communiquent une note sur la colonisation familiale.

La colonie de Dun, créée en 1892, compte aujourd'hui 500 malades : l'annexe Bung Wycrolles (1894) compte 50 placements, celui de Levet (1897) 60. Enfin la colonie d'Ainay-le-Château, en formation

en ce moment, possède 30 malades et peut facilement en contenir 200.

Trois points principaux ont fait l'objet de vœux spéciaux au Conseil général de la Seine :

1° Extension de l'assistance familiale aux déments hommes.

2° Extension aux convalescences à titre de patronage transitoire.

3° Fondation d'une colonie agricole pour les aliénés chroniques, imbéciles et épileptiques.

MM. Marie et Vigouroux ont observé qu'à toutes les époques les délirants ont emprunté les éléments surajoutés de leur délire aux préjugés régnants et aux préoccupations du moment. Le spiritisme devait fournir à la folie son contingent de systèmes délirants explicatifs des troubles hallucinatoires. De plus, la médiumnité spirite, qui n'est qu'un entraînement à l'automatisme inconscient, amène certains prédisposés à une dissociation mentale telle que les déclanchements automatiques deviennent spontanés, puis l'état de conscience venant à disparaître complètement, le malade entre de plein pied dans le délire.

Ces auteurs ont observé des malades répondant à ces différents stades. La première observation se rapporte à une malade de la colonie qui, à la suite d'un ictus ayant entraîné de l'hémiparésie et de l'hémi-anesthésie droite, a cru à l'évocation réelle de son mari mort et reprenant place à son côté droit dans son lit. Elle appliquait à l'explication de ses troubles dysesthésiques, l'hypothèse spirite qu'elle invoquait d'ordinaire pour expliquer les phénomènes psycho-moteurs.

La deuxième concerne une malade également spirite qui de médium auditif et visuel est devenue franchement délirante avec hallucinations de l'ouïe, de la vue et prédominance de troubles psychomoteurs. Elle trouva dans le spiritisme des moyens de défense et les hallucinations pénibles sont remplacées aujourd'hui par des communications d'esprits supérieurs qu'elle voit, qu'elle entend et qui parlent par sa bouche.

M. *Magnan* expose le résultat du traitement par le repos au lit dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme.

Le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, s'exagère dès que le sujet isolé dans l'obscurité ne perçoit plus de sensations extérieures.

Les perceptions illusoires de l'alcoolisme s'amendent par l'apparition dans les centres sensoriels d'images extérieures nettement dessinées ; celles-ci, en rapport avec la réalité des faits plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives toujours mobiles et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes.

L'alitement, en permettant de placer le sujet dès que son délire se réveille dans la réalité des faits, devient dans l'alcoolisme aigu

et subaigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet, en général, de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale.

L'ordre du jour étant épuisé, le docteur Doutrebente, après une courte allocution, a déclaré la session close.

Entre temps les congressistes ont pu se reposer de leurs importants travaux en appréciant tout le charme du séjour de Marseille et l'urbanité de ses habitants.

C'est ainsi que les membres du congrès ont reçu de la municipalité et du corps médical de Marseille l'accueil le plus empressé dans deux réceptions officielles très bien organisées.

D'autre part, ils se sont beaucoup intéressés à la visite de l'Asile Saint-Pierre, visite suivie d'un excellent déjeuner offert par l'administration de l'établissement ; à la promenade en mer qui leur a permis une excursion aux îles de la quarantaine, sans compter le banquet par souscriptions du congrès, fécond en toasts spirituels et où régnaient une entente et une cordialité que l'on voudrait voir s'établir d'une manière durable dans tous les milieux médicaux.

Le programme comportait encore une excursion extra-médicale, la visite du port de Toulon, d'un cuirassé et d'un torpilleur sous-marin, « Gustave-Zédé ». La plupart des membres du Congrès se sont retrouvés pour consacrer la journée du samedi 8 avril à l'excursion de Toulon, qui a été réussie de tous points.

Le lendemain la visite de l'Asile d'Aix où des fêtes variées avaient été organisées pour l'inauguration du buste de Ponthier, ancien directeur de l'établissement, a réuni beaucoup de nos confrères.

Après une semaine si utilement et si agréablement remplie, le moment de la séparation était venu et ce ne fut pas sans regret que la plupart des congressistes se séparèrent en se donnant rendez-vous l'an prochain au congrès international de Paris à qui nous souhaitons d'être aussi brillant et aussi fréquenté que son devancier le congrès de 1889.

ANTHEAUME,
chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

7e CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ALCOOLISME

En 1878 eut lieu à Paris le premier Congrès antialcoolique ; Stockholm, La Haye, Anvers, Bâle, Bruxelles reçurent les suivants jusqu'au 7e qui vient encore d'achever ses travaux à Paris. Depuis ces 21 ans, grâce à une ligne de conduite dont ces Congrès ont enregistré les phases, d'heureuses révolutions ont abouti en Norwège, en Suède et au Canada, où la consommation alcoolique est tombée à 1,8 de ce qu'elle avait été. Six autres nations s'acheminent vers de semblables situations, tandis qu'un petit nombre d'autres, pour des raisons connues, continuent à s'empoisonner de plus en plus. Profitant de l'expérience acquise par l'observation de

ces faits, l'esprit des Congrès successifs a évolué parallèlement à ceux-ci. Les premiers ont fait la part plus grande à l'étude du danger en lui-même et des ravages de l'alcoolisme, aux moyens de le guérir par les sociétés de relèvement de buveurs ; puis on s'est jeté éperdûment dans la discussion de projets législatifs comme il n'est que trop facile d'en concevoir ; enfin on a cherché les moyens de faire aboutir ces projets. Les vœux et les conclusions à présenter aux pouvoirs publics ont afflué en telle surabondance qu'il a fallu ajouter au règlement un article interdisant aux Congrès futurs de voter ou même d'examiner aucun vœu. Cette mesure n'est même pas à regretter, les vœux et conclusions ayant toujours inutilement moisi dans les greniers des ministères.

Comme organisateurs de la dernière session, nous avons voulu, tout en suivant le mouvement, donner à celle-ci une tendance nette et aux rapports demandés un ordre logique et un caractère d'ensemble bien déterminé. Nous nous sommes mis résolument sur le terrain de la lutte active et des voies et moyens effectifs. Pas de démarches vaines, pas de perte de temps ; laissons les générations plus ou moins alcoolisées ou difficiles à convaincre ; mais emparons-nous des jeunes générations indemnes ou peu compromises, cherchons l'enfant, l'apprenti, le jeune homme partout où il sera possible de l'atteindre en collectivités ou isolé, à l'école, au lycée, au patronage, au régiment, à l'atelier, à l'usine pour l'imprégner durablement de la notion exacte et du sentiment du danger, pour lui inculquer par un patient entraînement la tendance à fuir ce danger et l'habitude de le repousser. Prenons tous ceux qui de près ou de loin ont sur cette jeunesse une influence éducatrice, directrice ou autre pour les préparer au rôle qu'ils auront à jouer auprès de celle-ci en matière d'antialcoolisme. Telle est la base du programme qui a été exécuté de point en point dans les séances générales du Congrès, en y ajoutant la question de la protection des races indigènes des colonies contre le fléau. Les délégués et rapporteurs ont donc établi le rôle de l'enseignement supérieur et de la jeunesse universitaire (MM. Buisson, Ruyrien, Grœter, etc.), le rôle de l'enseignement secondaire (MM. Gilbault, Barbey, etc.), le rôle de l'enseignement primaire scolaire et post-scolaire, la préparation du personnel enseignant à la lutte contre l'alcoolisme (MM. Bayet, Thorp, Baudrillard, E. Petit, Marillier, Hercod, etc.), l'effet des sociétés scolaires et post-scolaires de tempérance. On a également étudié la lutte contre l'alcoolisme dans et par l'armée (MM. le lieutenant Guieysse, colonel Répond, colonel Parker, Hon. Conrad Dillon, de Vaucleroy, etc.), la protection des races indigènes et des armées coloniales (général Galliéni, M. de Colleville, Harford-Battersby, Lejeune), le rôle des grands industriels et des propriétaires fonciers, l'alcoolisme dans ses rapports avec les conditions du travail chez l'ouvrier (MM. de Vincelles, Comte, Van der Velde), enfin le rôle de la femme en tant que ménagère, épouse et mère et celui des clergés

et des ministres de divers cultes (madame Semler, Monseigneur Turinaz, Pasteur Rochat). 40 rapports ont vivement éclairé toutes ces questions, dont l'ensemble coordonné constituait le fond même du Congrès.

La partie accessoire et secondaire consistait en 130 communications particulières auxquelles il fallait faire aussi une large place et qui ont fourni le travail des sections. Ici encore l'esprit nettement propagandiste et individualiste du Congrès s'est fortement et spontanément accusé. Bien que les trois sections aient été très actives, malgré les excellents mémoires sur le rôle des médecins, sur les asiles de buveurs, sur la physiologie entendus à la section des sciences médicales et d'hygiène, c'est la section *d'enseignement, éducation et propagande* qui a attiré la plus grande affluence contrairement à celle de *Législation* qui à Bruxelles avait été la plus fréquentée. C'est que les congressistes savent maintenant, leur attitude et leurs paroles l'ont montré, ils savent, dis-je, depuis longtemps quelles sont les bonnes lois, mais ils savent surtout que celles-ci, prohibitives ou non, ne sont proposables et applicables que quand les populations sont mûres pour les recevoir, que quand l'opinion, suffisamment formée et agitée par une propagande tenace et méthodique, viendra les imposer aux pouvoirs publics qui attendent cette impulsion et n'agiront jamais sans elle.

L'action individuelle est donc le mot d'ordre issu de 21 ans de réflexions et d'expérience et proclamé par ce 7e congrès international. Aucun gouvernement n'a jamais pris de lui-même aucune initiative. De l'aveu de M. Legrand, sous-secrétaire d'Etat qui a ouvert l'Assemblée, un gouvernement même bien intentionné ne peut agir que sous la poussée de l'opinion mise en branle par les efforts individuels isolés ou organisés en ligues et sociétés. C'est ce qu'attendent chez nous les pouvoirs ; c'est cette organisation que le Congrès a étudié dans ses points acquis et dans ses œuvres à édifier.

La section de législation a écouté avec intérêt les prohibitionnistes et a été toujours et plus que jamais saisie par les monopolistes qui ont voulu réparer leur échec de Bruxelles en préparant de longue main leur attaque et leurs défenses ; mais leur système a été encore réduit au vide qu'il comporte ; les lumineux rapports de M. Borodine et des autres savants russes ont montré les résultats désastreux du monopole qui dans les pays où il fonctionne a enrichi le trésor et..... augmenté l'alcoolisme.

Une tendance regrettable est celle des abstinents totaux de quelques pays à ramener toutes les discussions sur quelque point qu'elles portent à la controverse entre l'abstinence totale ou l'abstinence partielle. Pourquoi perdre ainsi le temps et égarer les idées inutilement, puisque des deux côtés on reste toujours sur ses positions et que des deux côtés on a raison. Pour les propagandistes actifs la simple modération est insuffisante et n'est jamais qu'une phase de début vite abandonnée par la force même des

choses dès qu'elle a servi d'amorce, on le sait. Mais les partiels savent ce qu'ils veulent comme les totaux et savent qu'en certain pays l'abstinence totale ferme la porte à la propagande, au lieu que l'abstinence partielle conduit à la totale spontanément et sans efforts à condition de ne pas trop insister sur celle-ci.

En somme, la conclusion de ce congrès est celle-ci : En tout pays les gouvernements sont inertes ou disposés uniquement à remplir les caisses du fisc ; même bien intentionnés, ils sont paralysés les uns par la crainte des électeurs, les autres par les intérêts matériels privés, publics ou politiques et ils ont attendu ou attendent pour agir contre l'alcoolisme que la majorité de l'opinion du pays les y contraigne. Celle-ci doit être ébranlée de longue haleine par la poussée individuelle et collective de tous les hommes compétents ou de bonne volonté. Partout ce sont les sociétés qui ont créé ce mouvement, c'est sur la jeunesse qu'il faut surtout porter nos efforts et les généraliser. La tendance du congrès est *individualiste ;* comme dans les précédents intervalles, le travail va continuer et après la sourde élaboration qui va se faire, peut-être verrons-nous les congrès ultérieurs revenir à la forme législative, mais avec une base capable de rendre cette législation efficace.

F. Boissier,
Secrétaire général du Congrès.

LIVRES REÇUS

Fr. Hallarger. — *De la nature de l'épilepsie. — Etudes sur la physiologie pathologique de l'attaque épileptique*, in-8° de 181 p. Société d'Editions scientifiques. 5 francs.

A. Leblond et A. Lucas. — *Du tatouage chez les prostituées*, in-18, 96 p. Société d'éditions scientifiques, 1899, 4 francs.

Grasset. — *Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramydal (le syndrome paréto-spasmodique et le cordon latéral)*. Leçons cliniques recueillies et publiées par le Dr Gibert. — Clinique médicale de l'hôpital Saint-Eloi. Montpellier, 1899. Delord-Boehm et Martial.

G. L. Duprat. — *L'instabilité mentale, essai sur les données de la psychopathologie*, 1 vol. in-8° de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. 5 fr. Paris, Félix Alcan.

J. Pantaloni (de Marseille). — *Statistique des opérations pratiquées à Marseille du 1er janvier au 31 décembre 1898*. Tiré à part des *Archives provinciales de chirurgie*, n° 3, mars 1899. Paris, Institut international de bibliographie scientifique, 1899.

INFORMATIONS

Revue de Morale sociale.— *Programme* : Parmi les nombreuses « questions » qui se posent de nos jours, comme autant de sphinx menaçant la route où passent les générations actuelles, il n'en est guère d'une importance plus considérable que le problème des *relations morales et sociales entre les sexes*.

Droits et devoirs réciproques de l'homme et de la femme, obligations et prérogatives de l'un et de l'autre dans la famille et dans la société, règlement de leurs rapports de coexistence : questions vitales pour la collectivité dans son ensemble et pour chacun de ses membres.

De la solution qui leur est donnée dépendent en grande partie le bonheur ou le malheur des individus, la

prospérité des nations ou leur décadence, l'avenir même de la race humaine.

Il est toutefois un fait hors de conteste : c'est l'*injustice dont la femme est victime*, injustice que révèle sur toute la ligne l'état des mœurs et des institutions.

Qu'il s'agisse de morale, de droit, de pédagogie, d'économie politique ou de sociologie : les choses ne sont-elles pas toujours envisagées au point de vue plus ou moins exclusif de l'homme seulement ? — comme si la femme, d'essence inférieure et de valeur accessoire, ne doit être prise en considération que dans la mesure où l'homme y trouve son propre compte. Lui seul est un but ; la femme n'est qu'un moyen.

Un recueil spécialement consacré à l'examen de ces questions n'existant pas jusqu'ici, il nous a paru que l'heure était venue de tenter l'entreprise ; et nous présentons au public la *Revue de Morale sociale*, pour laquelle nous sollicitons bon accueil et sympathie.

A la fois scientifique et réformiste, cette Revue aura pour objet : d'une part, l'étude approfondie de tout ce qui concerne les relations morales et sociales entre les sexes ; d'autre part, la recherche des meilleures solutions à faire prévaloir dans la pratique et leur énoncé aussi clair et précis que possible.

Des groupements divers surgissant toujours plus nombreux pour des réformes dans ce domaine, notre ambition serait de créer, en dehors de tout esprit sectaire, un centre de ralliement à tant d'efforts actuellement épars.

Les pages de ce recueil seront ouvertes aux opinions philosophiques, religieuses, économiques et politiques les plus divergentes, chacun devant être libre de combattre sous son drapeau, pourvu qu'il participe à la croisade.

Prête à publier des articles contradictoires sur tel point particulièrement sujet à discussion, la présente Revue n'en a pas moins ses principes, que la rédaction tiendra toujours à devoir et honneur de soutenir en combattant les thèses qui s'en écarteraient. — Ces principes, les voici :

Unité de la loi morale pour les deux sexes.

Respect de la personne humaine, qui ne doit jamais être envisagée comme un simple moyen pour autrui.

Reconnaissance et garantie des droits de la femme, aussi bien que des droits de l'homme, l'un et l'autre devant être également libres et responsables.

Intervention de la collectivité en faveur de ceux que leur état de subordination ou de faiblesse relative rend inhabiles à se défendre.

Prohibition de toute espèce d'organisation officielle de la débauche et condamnation de toutes mesures d'exception sous prétexte de mœurs.

En résumé : *Pro Justitia* ! Tel est notre mot d'ordre.

La « Revue de Morale Sociale » paraît tous les trois mois, en livraisons de 128 pages. — Le premier numéro a paru fin mars 1899. — Prix pour tous les pays de l'Union postale, 10 francs par an.

Administration et Rédaction : Genève, Place du Port, 1.

Nécrologie. — Le Dr Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, est décédé le 1er mai 1899. C'était un des plus dignes représentants du Journalisme de la vieille école, sacrifiant peu à l'actualité, ennemi du bruit et ayant de ses devoirs une idée élevée. Je me rappelle avec un sentiment de reconnaissance que c'est avec son aide que je fis dans la *Gazette des Hôpitaux* mes débuts dans la presse médicale. Il accueillit mes revues de médecine mentale et m'en demanda plusieurs. Ce fut moi qui y gagnai le plus ; car cela me força d'étudier avec quelque soin la bibliographie de ma spécialité. Que ses fils, mes confrères, reçoivent mes sentiments de vive condoléance. Je compatis bien sincèrement à leur immense chagrin. Ed. T.

Nominations et promotions. — Par divers arrêtés des mois de mars et avril,

M le Dr Nolé, directeur médecin de l'Asile public de Sainte Catherine (Allier), a été élevé à la 1re classe.

M. Josserand, directeur de l'asile public de Bron (Rhône), a été nommé, sur sa demande, directeur de l'asile public de Montdevergues (Vaucluse).

M. Raoul, directeur de l'asile public de Montdevergues a été nommé directeur de l'asile public de Bron.

M. le Dr Rousset, médecin adjoint à l'Asile public de Bron, a été nommé médecin en chef dans cet établissement en remplacement de M. le Dr Brun admis, sur sa demande, à faire valoir, ses droits à la retraite.

M. le Dr Viallon, médecin adjoint à l'Asile public de Dijon, a été nommé médecin ajoint à l'asile public de Bron.

M. le Dr Singer a été nommé médecin adjoint à l'asile public de Lesvellec (Morbihan).

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

ASSISTANCE

—

LES HOPITAUX ET SERVICES D'OBSERVATION ET DE TRAITEMENT (1)

Par Edouard Toulouse
médecin de l'asile de Villejuif

En présence du nombre sans cesse croissant des aliénés à la charge des contribuables, on s'est demandé s'il n'était pas possible de diviser les asiles et services d'aliénés en deux catégories. Les uns — les hôpitaux et services hospitaliers — seraient destinés à l'observation et au traitement des malades aigus et curables et seraient pourvus d'un personnel nombreux ; les autres — les asiles des services d'assistance — seraient destinés aux malades chroniques et incurables, qui y trouveraient les soins médicaux les plus indispensables. Les avantages économiques de ce système sont évidents. On dépenserait moins pour l'assistance des incurables ; et les économies réalisées serviraient à améliorer l'hospitalisation et le traitement des malades aigus et curables.

Certes, il paraît injuste d'avoir des traitements différents pour des catégories de malades également dignes de pitié. L'idéal serait que l'on puisse assister les uns et les autres de la même manière. Mais cela est économiquement impossible. Si l'on ne veut pas faire cette séparation, on établit une moyenne de traitement qui dépasse ce qui est strictement dû aux chroniques et qui est au contraire très inférieur aux nécessités des malades incurables.

D'autre part, n'est-il pas rationnel que les sacrifices d'argent faits par la société soient en rapport de leur utilité ? et que les plus importants servent à la remise en valeur des aliénés aigus, qui sont des forces sociales momentanément paralysées, mais qui, si on peut les réactionner, compenseront et au delà les dépenses de traitement.

Au point de vue économique, rien n'est donc plus rationnel ni même plus juste qu'une différence d'assistance pour les malades curables et pour les malades incurables. On a encore dit que la séparation des incurables dans des asiles différents répartirait inégalement les malades travailleurs et élèverait le prix de revient dans un des établissements.

(1) Rapport présenté à la Commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'assistance des aliénés (Conseil général de la Seine, Mai 1899).

Or, le 23 avril 1899, il y avait dans mon service, 418 malades, dont 178 travailleurs. Sur ce nombre de 418, 191 étaient présents depuis moins d'une année et fournissaient 70 travailleurs, soit 36 %, et 227 étaient présents depuis plus d'une année et fournissaient 108 travailleurs, soit 47 %. La différence des travailleurs n'est par conséquent pas celle que l'on croit pour les malades récents et les malades chroniques.

La séparation des curables et des incurables dans un établissement ne présenterait d'ailleurs pas d'inconvénients graves d'ordre économique. Il serait d'ailleurs facile d'y parer en laissant dans chaque hôpital de traitement un quartier de chroniques travailleurs.

Au point de vue médical, cette division a soulevé plusieurs objections que nous avons examinées ailleurs (1).

« On a dit qu'il était difficile, sinon impossible, d'établir une pareille division, attendu qu'il est souvent très difficile de déclarer qu'un malade guérira ou ne guérira pas. Cependant tous les aliénistes savent reconnaître les signes de curabilité de certaines formes vésaniques. Un état d'excitation maniaque généralisé survenant chez un jeune sujet brusquement, et sans troubles nerveux organiques apparents, est susceptible de guérir. Certes, à côté des manies dites essentielles, il en est d'autres qui sont symptomatiques d'affections incurables, par exemple de la paralysie générale, et il n'est pas toujours facile de reconnaître au début ce terrain d'incurabilité. C'est pour cela qu'il est bon, avant de se prononcer, d'attendre que des signes de lésions organiques sous-jacentes aient eu le temps de se produire. Le temps éclaire tout problème ; on attendra donc avant de se prononcer sur ce maniaque, — puisque nous avons choisi cet exemple. Si l'on décide à le garder durant un an, de deux choses l'une : ou bien le malade guérira durant ce laps de temps et alors sa place dans un asile d'aigus aura été justifiée, ou bien ce malade n'aura pas guéri (2). Il arrivera même que le malade sera, au bout de l'année, dans le même état qu'à sa rentrée, sans que l'examen permette de déclarer que le malade est encore capable de guérir ou non. Mais alors un autre élément d'appréciation intervient. Si ce malade n'offre aucun signe de curabilité ou d'incurabilité, la durée de sa maladie diminue de plus en plus ses chances de guérison. On sait que, après un an de traitement, les malades recou-

(1) Rapport au Conseil général sur l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse (1898, p. 195).

(2) 75 % des malades guéris en 1895 dans les asiles de la Seine étaient internés depuis moins de six mois et 90 % depuis moins d'un an.

vrent de moins en moins la santé. Du moment que les aliénés susceptibles de guérir ont encore plus de chances de recouvrer la santé, sous l'influence de soins plus appropriés, il est légitime que le médecin consacre la majorité de son temps aux maniaques récents, incontestablement plus curables que les maniaques anciens. Ainsi donc, il est bien certain qu'en agissant ainsi le médecin est plus juste et plus raisonnable que s'il voulait traiter dans le même temps et également les deux catégories de malades.

« Que vont devenir les incurables ? Certes, étant moins surveillés, moins traités, ils ont peu de chance de guérir. Encore faut-il remarquer que l'expérience a montré qu'ils ne sont pas susceptibles de tirer de leur séjour dans un asile ordinaire le même bénéfice que les autres. Et l'on peut espérer même que, puisque ce régime ne leur a pas convenu, un autre peut très bien leur être plus favorable. Nous visons plutôt ces cas de maladies inoffensives — il n'est donc plus question des seuls maniaques — susceptibles de bénéficier d'un mode d'assistance plus libéral, du placement dans la familles par exemple. Dans ces cas, la sortie de l'hôpital peut être un bienfait pour le malade.

« Ce raisonnement, que nous avons fait surtout en vue de la manie, est valable pour les autres formes morbides aiguës, telles que la mélancolie, etc. Mais il est d'autres cas qui se présentent aux cliniciens avec plus de simplicité. Par exemple, on sait bien que la plupart des délirants par intoxication sont curables et que leur maintien dans un hôpital d'aigus est absolument justifié. Par contre, les épileptiques, les imbéciles, les idiots, les déments, les paralytiques généraux peuvent être sans grande erreur possible, étiquetés incurables, et comme tels placés dans d'autres milieux d'assistance.

« Ce classement est donc une œuvre médicale dont les difficultés ne dépassent pas celles tenant à la pratique quotidienne du médecin. Enfin il reste à examiner le point de vue social. On a dit que « constituer un asile d'incurables, c'est jeter le désespoir dans l'âme des familles et même de certains malades lucides. D'abord rien ne force d'accoler l'épithète d'incurables aux asiles spéciaux qui recevront ces malheureux, il n'est même pas nécessaire de leur donner une épithète quelconque. Ensuite ce classement ne sera jamais tellement rigoureux qu'il empêchera des guérisons de se produire de temps à autre et de venir modifier la signification funeste de l'établissement. En outre, beaucoup de malades lucides, faisant la meilleure impression, y seront hospitalisés, de telle sorte que l'aspect général en sera moins triste

que l'hôpital des aigus surtout peuplé d'agités et de déprimés. Et puis ce classement existe dans les hôpitaux, dont certains sont affectés à des chroniques. Or, on n'a jamais protesté contre cette division. Enfin, dans nos asiles actuels, est-ce que certains quartiers d'épileptiques, comme ceux de Villejuif et de Ville-Evrard, ou de gâteux comme dans tous les services, n'indiquent pas des classements acceptés sans récrimination par tout le monde ? »

Les transferts dans les asiles de province qui débarrassent les asiles de la Seine de la plupart des aliénés incurables ne sont-ils pas en faveur chez les autorités écossaises. Il s'agit du système des pavillons, adopté plus moins dans la plupart des asiles nouveaux.

En résumé, il n'y a pas d'objections sérieuses à retenir contre la division des malades en curables et incurables. Il est deux moyens de réaliser cette division, qui peut être faite dans des asiles séparés. Le récent asile écossais est l'application du premier système. Voici comment le décrit le docteur Sibbald (1) à propos de l'asile de Gart-Loch, situé près de Glascow :

« La division de l'établissement en deux sections plus ou moins indépendantes est due à l'observation du fait que les habitants d'un asile peuvent être divisés en deux catégories, les uns demandant une assistance médicale et une surveillance continues, les autres n'exigeant pas aussi strictement les soins de tous les instants. L'une de ces sections est destinée aux patients de la première catégorie et est appelée l'hôpital. Cette section renferme tous les entrants, tous ceux qui demandent une surveillance spéciale en raison d'idées de suicide ou autres, tous les malades demandant un traitement hospitalier ordinaire pour des maladies mentales ou physiques, ainsi que les malades ayant besoin de soins spéciaux pour faiblesse générale, gâtisme ou autres particularités. On trouve que, dans un asile de district ordinaire, le nombre des patients qui doivent être placés dans la section hospitalière représente le tiers ou la moitié du chiffre total. L'hôpital consiste presque entièrement en bâtiments d'un seul étage, subdivisés en sections adaptées chacune aux exigences des classes de malades que nous venons d'énumérer. Au centre se trouvent la cuisine, la salle à manger et le bâtiment administratif. Le reste de l'asile, qui sert aux patients de l'autre catégorie, contient principalement les cas chroniques qui ne demandent pas de soins médicaux constants. Il donne asile aux malades les plus faciles et aux travailleurs ; l'organisation est celle d'une communauté industrielle. Le bâtiment

(1) Rapport au Conseil général, ouvrage cité page 191.

central de la section consiste en un pavillon contenant les magasins généraux, la cuisine, la salle à manger, la salle de récréations et les bureaux de l'Administration générale.

« Les pavillons séparés destinés aux malades sont réunis au bâtiment central par des corridors. Ils ont trois étages et leur architecture est plus simple que celle de l'hôpital. Cette disposition de l'asile divisé en deux parties indépendantes permet d'une part de donner aux malades qui le réclament des soins médicaux plus effectifs, et d'autre part de rendre la vie journalière des autres malades plus semblable à la vie ordinaire. Il est démontré de plus que lorsqu'il existe une section où le traitement médical est l'idée prédominante, les fonctions des médecins et des surveillants sont remplies plus complètement et plus efficacement que lorsqu'ils ont à s'occuper d'administration ou d'autres sujets qui n'ont pas directement trait aux soins médicaux. Les surveillants seront pour une large part choisis parmi les personnes ayant une expérience hospitalière, ils ne perdront pas de vue qu'il s'agit de guérison et de soulagement de personnes malades. Quant à l'autre section, renfermant les malades qui ne réclament pas de traitement spécial, la construction peut en être beaucoup plus simple et moins coûteuse, bien qu'elle soit plus grande, et l'administration peut en être très simplifiée. Il est plus facile dans cette section de donner aux malades une occupation journalière et enlever l'idée d'une vie d'asile.

« La division que nous venons d'indiquer n'est pas identique à une séparation de curables et d'incurables, la section médicale contiendra toujours un certain nombre d'incurables, la section non médicale renfermera également un certain nombre de malades curables. Cette idée n'est nouvelle pour personne. On a fait, il y a bien des années, un essai en Allemagne, fondé sur cette même idée, pour créer deux genres distincts d'asiles : les Heilanstalten et les Pflege-anstalten. De même en Angleterre, sous l'influence de l'*English metropolitan poor act* de 1867, on construisit dans le district de Londres un asile pour des aliénés chroniques, les asiles du district étant réservés pour ceux qui demandaient un traitement spécial et qui étaient curables. Mais ces asiles diffèrent essentiellement de l'asile de Gartloch, les deux établissements sont dans le premier cas placés entièrement sous des autorités indépendantes les unes des autres, les autorités médicales n'ayant aucun contrôle sur l'admission ou la libération des malades de l'établissement non médical et n'ayant aucun soin à leur donner. La conséquence de cette séparation a été que les asiles d'incurables contenaient toujours des cas

médicaux et réciproquement. L'asile de Gartloch ne présente pas cet inconvénient. Les patients peuvent être transférés d'une section dans une autre, suivant les cas, dès que la nécessité s'en présente. Cette division en sections distinctes peut être considérée comme un grand progrès et devra être étudiée de près par ceux qui voudront construire de nouveaux asiles.

Le système écossais présente des avantages :

1° Facilité des transports de malades d'un service de traitement dans un service d'assistance ;

2° Économie réalisée sur les travaux des aliénés travailleurs servant aux deux genres de services ;

Mais il présente aussi des inconvénients :

1° Si les asiles n'ont pas été construits dans ce but, les locaux qui doivent servir à deux moyens d'assistance distincts ne sont pas suffisamment différenciés ;

2° Dans le cas où les asiles ont été aménagés dans ce but, les deux services étant dans la même localité, le service d'aigus, très visité, se trouvera trop éloigné de la ville pour les besoins des familles, et le service de chroniques, peu visité, inutilement trop rapproché.

Le meilleur système serait donc de faire deux sortes d'asiles différents et séparés. Lequel faut-il adopter pour le département de la Seine ? Le meilleur nous paraît être en système mixte. On pourrait tout d'abord construire comme type un petit hôpital de traitement de quatre cents malades au plus et comprenant deux services, et transformer les services existants.

Le département comprend actuellement quatre asiles disposant environ de 4,200 lits réglementaires et environ de 4,500 places occupées. Si l'on tient compte qu'il y a un peu plus de 4,000 admissions par an, compensées par un nombre sensiblement égal de sorties et de décès, on constate que le nombre de lits est supérieur au nombre des malades récents (la plupart curables) ayant moins d'une année d'internement. Si l'on tient compte que les malades récents restent moins de six mois, puisque sur 100 sortants 75 n'ont pas un semestre d'internement, on observe que le nombre de lits est de beaucoup supérieur aux nécessités de l'hospitalisation des cas aigus. Comme, d'autre part, l'assistance des cas chroniques peut se faire par des moyens d'assistance moins coûteux que l'hospitalisation dans les asiles actuels du Département, on ne doit pas songer à construire de nouveaux asiles. Il faut donc tirer parti de ceux qui existent en les transformant peu à peu, au fur et à mesure des besoins et des possibilités, en hôpitaux de traitement. On pourrait même évaluer

l'excédent de lits au tiers environ. Nous avions, en effet, le 23 avril 1899, dans notre service à l'asile de Villejuif, 418 malades, dont 120 ayant moins de six mois d'internement et 71 ayant moins d'une année.

En ajoutant à ce chiffre de 191 les 19 anciennes malades alitées et par conséquent demandant des soins médicaux, cela fait 210 malades sur 418, soit la moitié, dont le séjour dans un service de traitement se justifierait. Admettons que nous ayons une proportion d'aigus plus élevée que dans les autres asiles extérieurs. Mais il faut retenir aussi que des malades incurables d'emblée seraient renvoyés avant la fin de leur première année. On peut donc évaluer une grande approximation qu'un tiers seulement des malades internés dans les quatre asiles de la Seine y resteraient si on transformait ces derniers en asiles de traitement. Cela nous laisserait un asile vide. Comment le désigner ?

Parmi les quatre asiles, il en est un, l'asile Sainte-Anne, qui, par sa situation dans Paris, est tout désigné pour devenir un hôpital de traitement. Mais il ne dispose que de sept cents places environ — celles du bureau d'admission et de la clinique n'étant pas comptées. Des trois autres, celui de Villejuif, le plus rapproché de Paris, se prête aussi à ce rôle. Restent l'asile de Ville-Evrard et de Vaucluse, également éloignés de Paris et également bien situés dans une campagne agréable.

Il est difficile de choisir entre les deux, c'est-à-dire entre les médecins qui seraient tout d'un coup privés des éléments qu'ils pouvaient considérer comme les plus intéressants de leurs services. D'autant plus qu'il est facile de trouver une combinaison meilleure. Tout d'abord il y aurait utilité à avoir dans chaque asile — tout au moins dans les trois asiles extérieurs — un service d'assistance à côté des autres services de traitement — de manière à empêcher les mauvais effets économiques dus à une répartition inégale des travailleurs. D'autre part, il serait possible de grouper dans les deux asiles de Ville-Évrard, les services spéciaux (épileptiques, hommes vicieux), etc. La transformation des services actuels d'aliénés en services d'assistance ou en services spéciaux se ferait au fur et à mesure des vacances. Cela permettrait de faire peu à peu l'organisation des services d'observation, tandis que se développerait parrallèlement l'assistance familliale des chroniques. Il arrivait donc un jour où il y aurait deux asiles de traitement (Sainte-Anne et Villejuif), suffisant à l'hospitalisation des malades récents et deux asiles spéciaux — trois en comptant le cinquième asile en construction — et qui comprendraient des services d'épileptiques, d'alcooliques, de vi-

cieux et des services d'assistance pour les malades non susceptibles d'être placés dans des familles.

Il faut en premier lieu préciser la catégorie des malades qui devront être traités dans les services ou les hôpitaux de traitement. Puisque 90 % environ des malades guéris ont recouvré leur raison dans les six premiers mois de leur internement, il est rationnel d'adopter ce délai d'un semestre pour le séjour des nouveaux malades dans les quartiers ou hôpitaux de traitement. Passé ce temps, les aliénés seront envoyés dans les quartiers ou asiles d'assistance.

Mais l'ancienneté de la maladie ne doit pas être la seule cause de l'envoi du malade dans l'asile d'assistance. On doit aussi tenir compte de la nécessité des soins à donner. A ce point de vue tous les malades réclamant un séjour dans les infirmeries devront être maintenus dans l'hôpital d'observation. Toutefois, certains sujets incurables, et dont la maladie dure longtemps, par exemple des idiots ou déments avec paralysie des membres, devront être envoyés dans les hôpitaux de chroniques. Il ne paraît pas nécessaire que les malades venant du bureau d'admission passent tous par un hôpital de traitement avant d'être envoyés dans un hospice d'assistance.

En résumé, deux considérations guideront le médecin dans le classement :

1° La durée de l'internement ;

2° La nécessité de suivre un traitement au lit ou tout autre demandant des soins médicaux journaliers.

Nous allons maintenant décrire ce qui doit être, à notre avis, le type d'un hôpital de traitement dont on devrait se rapprocher soit en bâtissant des établissements nouveaux, soit en transformant ceux qui existent.

Du nom. — Tout d'abord, il est indispensable que la qualification d'asile, appliquée aux établissements d'aliénés qui implique l'idée de refuge et non de lieu de traitement, disparaisse, ainsi que le demande à la Chambre des Députés le docteur Dubief dans son projet de loi sur les aliénés, et ainsi que cela se fait en Russie (1). Les établissements de traitement devront s'appeler *hôpitaux* et les établissements pour chroniques devront s'appeler *hospices*.

Ces deux mots effraient moins le public que ceux d'asiles et répondent mieux au caractère de ces établissements. Pour donner une signification à ce titre vague d'hôpital et honorer en même temps les aliénistes qui ont rendu les plus grands services à la

(1) Vallon et Marie. *Les aliénés en Russie*, 1899.

médecine mentale, il serait bon de faire suivre le nom d'hôpital par celui d'un médecin aliéniste français ; et la liste est heureusement longue des savants qui pourront ainsi donner leur nom à nos établissements.

On dirait ainsi *hôpital Pinel*, *hôpital Esquirol*, *hôpital Morel*, *hospice Ferrus*, *hospice Parchappe*, etc.

Localité. — L'hôpital de traitement doit être situé le plus près possible de la ville sinon dans la ville même, afin de permettre le transport facile des aliénés, les familles qui voient d'autant plus fréquemment leurs malades que ces derniers sont depuis moins longtemps internés, et aussi les élèves qui doivent fréquenter ces hôpitaux.

Population. — On a beaucoup discuté sur la question de savoir si un service d'aliénés devait comporter un nombre très restreint de malades et seulement celui qu'un médecin peut soigner. Si l'on ne considère la question que de cette manière, on ne pourrait pas donner à un médecin plus de 50 malades aigus. Car en admettant qu'il voie avec quelque attention chacun d'eux tous les deux jours, cela lui fait encore l'examen de 30 malades sur lesquels 1, 3, soit 10 malades, le retiendront pendant deux heures. Mais, de cette manière, le service sera trop petit pour faire des études d'ensemble et le médecin n'ayant jamais à sa disposition un nombre suffisant de malades ne pourra guère sortir de l'étude des individualistes. C'est pour cela que je propose un chiffre de 200 malades que le médecin traitera avec l'assistance de quatre internes pour la besogne médicale courante. En attendant qu'il soit possible de dédoubler les services trop peuplés, le désencombrement par l'assistance des chroniques pourra le ramener au nombre de lits réglementaire. Nous reviendrons sur le personnel après avoir étudié la question de la disposition des locaux.

Pavillons. — Nous connaissons la population à traiter, il faut maintenant la loger.

Tout d'abord, il est un fait sur lequel on est généralement d'accord, c'est sur l'utilité des pavillons séparés.

Chaque pavillon ne devrait pas contenir plus de 30 lits. Il est possible de sectionner les bâtiments existants et dont le nombre de lits est plus élevé.

Il serait utile d'avoir deux salles de réunion par pavillon et de nombreux petits dortoirs avec beaucoup de chambres particulières. On ne sectionnera et sélectionnera jamais assez dans les asiles.

Si chaque pavillon, ou tout au moins l'infirmerie des maladies

intercurrentes pouvait avoir une cuisine spéciale, cela vaudrait beaucoup mieux qu'une cuisine unique.

La disposition doit être particulière à chaque pavillon selon sa destination.

Il faut au moins cinq pavillons :

1° Un pour les malades tranquilles à surveiller, mélancoliques, affaiblis, sujets atteints de maladies intercurrentes. Il y aura au rez-de-chaussée une salle de surveillance continue pour les malades alités.

La salle de surveillance du rez-de-chaussée doit communiquer avec une salle de bains et avec des chambres d'isolement destinées à recevoir les malades ayant une crise d'excitation légère, ceux qui sont turbulents pendant la nuit, les individus atteints de maladies d'une contagion facile traitées dans le quartier (pneumonie, grippe, et même érésypèle de la face, etc.).

La chambre recevant les agonisants devra avoir une porte extérieure afin que les corps soient enlevés discrètement.

Dans ce pavillon doit se trouver le laboratoire clinique servant à l'examen des crachats, des urines, etc. Cette salle d'examen et de laboratoire ne peut être placée ailleurs que dans le quartier où les malades entrent.

Tous les malades entrants calmes et propres sont donc placés dans un quartier où ils sont couchés et maintenus en observation pendant deux jours ou plus. C'est là que les malades repassent avant leur sortie, afin d'y être surveillés.

2° Un pavillon pour les malades malpropres et affaiblis. Son aménagement le rapproche du premier. Il possède une salle de surveillance continue et constitue une deuxième infirmerie pourvue de salles de bains avec des chambres d'isolement.

C'est par là qu'entrent les malades malpropres, paralytiques généraux, individus atteints de confusion mentale ou de mélancolie stupide avec gâtisme.

3° Un pavillon pour les malades agités. Il se trouvera une salle de surveillance continue pour les malades agités, entrant, ou subissant un traitement par le lit, laquelle constituera une troisième infirmerie. Autour de la salle de surveillance s'ouvriront la salle de bains, ayant plusieurs baignoires et des chambres d'isolement.

4° Un quartier demi-ouvert pour les travailleurs.

Les malades jouiront d'une certaine liberté. C'est là que l'on pourra y essayer le système de l'*open-door* pour les malades aigus.

Les malades auront le droit de circuler dans les environs de l'asile et quelques-uns hors de l'asile.

L'aménagement intérieur rappellera la maison privée. Il y aura un salon avec piano et billards pour les hommes.

5° Enfin, un pavillon tout à fait ouvert pour les malades convalescents ou pour ceux dont les troubles mentaux ne justifient pas l'internement. Dans un asile nouveau, ce pavillon devrait être placé assez loin des autres et constituer un petit hôpital indépendant.

Dans les asiles anciens, un des quartiers peut recevoir cette nouvelle affectation après avoir subi quelques petites modifications nécessitées par la liberté des malades. Les malades placés dans ce pavillon seraient tout à fait libres et ne seraient plus sous le coup de la loi de 1838. Ils pourraient sortir volontairement et aller en ville chercher du travail. L'aliéné passerait ainsi successivement d'un quartier de surveillance à un quartier demi-ouvert de travailleurs à un quartier hospitalier ordinaire.

Ce pavillon constitue un organisme qui manque à nos asiles. Un certain nombre de malades ne sortent jamais parce que le saut est trop brusque entre la séquestration complète et la pleine liberté du dehors. Tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade lui-même qui hésite devant ce saut dans l'inconnu. Il est des malades qui sont atteints, après une intoxication, une maladie infectieuse, une émotion, une crise convulsive ou toute autre cause, de troubles mentaux qui se dissipent en quelques jours. Ils nous arrivent même complètement guéris dans les asiles extérieurs. Comme ils sont fatigués et dans un état de convalescence, on les conserve pendant un temps plus ou moins long. Parfois l'énergie s'émousse à l'asile, et le malade sans place et sans famille se trouve, après quelques mois, incapable de sortir, restant ainsi pour longtemps, et quelquefois pour toujours, à la charge du Département. Les malades pourraient ainsi être plus facilement rendus à la société si on leur donnait, dès qu'ils n'ont plus de troubles mentaux, une liberté complète, tout en leur conservant l'assistance.

Il serait bon de fixer un terme maximum — par exemple six semaines — au séjour de chaque malade dans ce quartier ; après quoi, le malade aurait sa sortie définitive ou serait renvoyé dans un quartier similaire dans un hospice de chroniques.

Si la loi nouvelle prévoyait des quartiers spéciaux et édictait la possibilité de faire, sur le simple certificat du médecin, réintégrer le malade dans l'asile jusqu'à la décision du tribunal, cette disposition encouragerait les médecins à essayer plus largement

de ce mode d'assistance, si libéral et en même temps économique par ses conséquences.

Au point de vue pratique, il n'y a pas de difficultés à faire diriger par l'administrateur de l'asile un quartier ouvert situé hors de l'asile, — et c'est le cas des hôpitaux de traitement nouveaux qu'on pourrait construire. Pour les anciens établissements, l'administration d'un quartier destiné à être ouvert ne présente pas plus de difficultés. Il n'y a qu'à supprimer les services et à donner un costume différent aux hospitalisés libres qui, comme les employés de l'asile, peuvent entrer et sortir sans autorisation. D'ailleurs, il serait toujours possible de construire un quartier ouvert hors des murs de l'asile.

Nous ne faisons que présenter ici les raisons principales susceptibles de montrer qne le projet est réalisable — et nous laissons au Conseil général et à l'Administration le soin d'étudier dans quelles conditions ce nouvel organisme pourrait être introduit dans le service des aliénés.

L'établissement de ces quartiers est-il légal ? Il faut partir de ce principe que les sujets y hospitalisés seront des convalescents, des malades. Si on les considère comme des aliénés, bien que n'étant pas internés, il n'y a aucune difficulté. Leur séjour est aux frais des familles, ou, en cas d'indigence, des communes ou du département. Si on les considère — ce qui est plus exact — comme des malades ordinaires, il ne semble pas que les communes puissent réclamer contre ce mot d'assistance. En effet l'article premier de la loi du 15 juillet 1893 met à la charge des communes l'assistance des malades indigents ; l'article 4 de la même loi soumet à la délibération des conseils généraux l'organisation de ce service et la fixation de la part contributive du département et des communes.

Il serait utile enfin d'avoir dans les hôpitaux de traitement un pavillon de contagieux et un laboratoire général de recherches situé en dehors des pavillons et d'une salle de conférences destinée à l'enseignement. Car ces services hospitaliers sont destinés à recevoir comme stagiaires une grande part des 5,000 étudiants de la Faculté de médecine, lorsque le stage de psychiatrie sera devenu obligatoire pour que personne ne puisse avoir le droit de signer un certificat aux fins d'internement s'il n'a pas passé un certain temps dans un service d'aliénés.

Personnel. — Il doit se composer, avons-nous dit, d'un médecin, de quatre internes et de stagiaires. La proportion moyenne des infirmiers devra être de 1 pour 10.

CONCLUSIONS

Article premier. — Il sera créé un hôpital d'observation et de traitement type dans une localié du nord-ouest de Paris et destiné à desservir les arrondissements de Paris et les communes limitrophes du département de la Seine.

Cet établissement portera le nom d'hôpital Esquirol, devra réaliser les progrès obtenus et les desiderata relatifs à l'hospitalisation et au traitement des malades aigus.

Il comprendra 400 malades environ (hommes et femmes), constituant deux services médicaux.

Les hospitalisés seront des malades récents ayant moins d'un an de séjour.

Par exception, des malades ayant dépassé ce délai pourront être maintenus dans cet hôpital si leur état l'exige absolument.

Il devra contenir un quartier de malades convalescents ouvert, où les malades ne seront pas internés.

Les médecins de cet hôpital seront choisis parmi les médecins des asiles de la Seine à la suite d'un concours sur titres.

Art. 2. — En attendant la construction de cet hôpital, l'asile clinique et l'asile de Villejuif sont désignés pour être progressivement transformés en asiles de traitement et d'observation :

1° Par des modifications de l'aménagement intérieur tendant à constituer au mois cinq quartiers ou divisions de quartiers de 30 malades environ.

Un de ces quartiers — ou à défaut un quartier nouveau construit dans ou hors l'enceinte de l'asile — sera destiné aux malades convalescents ; les malades y hospitalisés qui ne seront plus internés ne pourront pas y séjourner plus de six semaines.

2° Par le transfert dans d'autres services d'assistance pour les chroniques des malades actuellement en excès dans ces asiles, de manière à ce que le nombre des malades présents ne soit pas supérieur au nombre de lits réglementaires.

3° Par l'envoi dans ces services des malades présentant des chances de curabilité en nécessitant un traitement spécialement médical. Sauf les sujets de cette deuxième catégorie, les malades ne devront pas rester plus d'un an.

4° Par l'augmentation du nombre des internes à raison de 1 par 50 malades, et des infirmiers à raison de 1 pour 10 ; et par la création des stagiaires demandés par chaque médecin.

Art. 3. — Chaque année on opérera une de ces transformations sur l'un des services existants, désigné à la suite d'un concours sur titre entre les médecins.

Art. 4. — Les asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard continueront provisoirement à être des asiles mixtes de traitement et d'assistance.

Leurs services sont désignés pour être transformés en services spéciaux (alcooliques, enfants arriérés, épileptiques, aliénés vicieux, etc.) et en services d'assistance pour chroniques.

On profitera des vacances qui surviendront dans les postes médicaux pour opérer la transformation des services mixtes actuels en services d'assistance pour chroniques.

Art. 5. — La Sous-commission émet le vœu que le Parlement facilite le fonctionnement des quartiers ouverts en décidant que la réintégration en cas de rechutes des convalescents qui y seront placés aura lieu d'urgence, sur simple certificat du médecin du quartier ouvert, avant la décision du tribunal.

Art. 6. — La Sous-commission, considérant que la qualification d'asiles d'aliénés effraye les familles et les malades et marque d'une tare les individus qui y sont internés, émet le vœu que le Parlement le change dans la loi nouvelle contre celle d'hôpitaux ou d'hospices.

Elle exprime entre outre le désir que l'Administration cherche les moyens d'opérer immédiatement cette transformation de noms.

Enfin elle propose d'adjoindre aux noms des asiles actuels ceux d'Esquirol, de Pinel, de Ferrus, de Parchappe et de Morel pour les asiles cliniques de Villejuif, de Vaucluse, de Ville-Evrard et de la Maison Blanche.

LECTURES ETRANGÈRES

LA FOLIE DE SAÜL DANS LA TRAGÉDIE D'ALFIERI,

Par L. Cognetti de Martiis.

Les sources bibliques auxquelles le poète d'Asti a puisé pour sa tragédie sont dans le 1er livre de Samuel.

C'est donc par le Saül biblique que l'auteur commence cette étude.

Il examine d'abord l'état mental du sujet avant l'éclosion de la psychose : Ce qui en fait le fonds, c'est une irascibilité sans bornes, associée à un indomptable orgueil. Ces troubles psychiques trouvent un aliment continuel dans les évènements auxquels se trouve mêlé Saül : Sa brusque élévation au trône, les luttes qu'il eut à soutenir contre les ennemis du dehors et du dedans, ses victoires sur les uns et les autres, tout devait contribuer à développer cette hyperthrophie de la personnalité :

Ces défauts même conduisent Saül à s'écarter des voies du Seigneur, et Samuel, prophétisant, lui annonce que « le Seigneur a éloigné de lui le sceptre d'Israël pour le confier à un de ses proches, meilleurs que lui ».—C'est là le trauma psychique qui, frappant cet esprit prédisposé, va faire éclore la psychose ; et en effet, « l'esprit méchant, envoyé par Dieu, le tourmente ». Pour le calmer, dans ses accès de frénésie, on lui envoie David, joueur de cithare ; et le roi prend en affection son musicien.

Mais David a vaincu Goliath, et la gloire du jeune héros porte ombrage au soupçonneux souverain ; il veut le percer de sa lance ; mais il se ravise et l'envoie combattre les Philistins, espérant que les hasards de la guerre le débarrasseront de son rival.

« Ainsi le soupçon a amené Saül à des accès de fureur avec im-
« pulsions homicides ; mais dans l'intervalle des accès, son irasci-
« bilité se tempère d'astuce ».

Mais David a vaincu les Philistins ; les craintes de Saül augmentent ; David est le successeur prédit par le prophète ; aussi veut-il de nouveau le frapper de sa propre main.

David s'enfuit ; le roi se met à sa poursuite ; son fils Jonathan veut intercéder pour le proscrit ; Saül menace aussi de le frapper à mort.

Entre temps, le prêtre Abimelech donne à David l'épée de Goliath, enfermée dans le tabernacle ; le roi le mande aussitôt auprès de lui, et le fait massacrer avec tous les prêtres de sa famille au nombre de 85 ; il s'empare de leur ville, Nob, en fait passer au fil de l'épée tous les habitants, femmes et enfants, et en rase les murs.

Mais ces accès de fureur ne lui font pas perdre de vue son objectif principal, et la destruction de David est son « idée fixe ». Celui-ci veut faire sa soumission ; alors, le doute pénètre dans l'âme du roi : Si David est l'oint du Seigneur, pourquoi cette soumission ? Il s'en va consulter une pythonisse, qui évoque devant lui l'ombre de Samuel ; mais le prophète lui a annoncé sa ruine et le triomphe de David ; « alors le roi, pris de terreur, tombe par terre privé de forces ».

Il se remet pourtant bientôt, et part en guerre contre les Philistins ; mais il est défait, ses fils sont tués, lui-même est fait prisonnier, et, ne voulant pas survivre à sa défaite, il se transperce de son épée.

Tel est le Saül biblique : « L'ambition, dit l'auteur, est son der-
« nier sentiment, la révolte son dernier acte. Son intelligence n'a
« pas fait naufrage, mais ses sentiments sont pervertis, son carac-
« tère est violent, insoumis, c'est un tyran domestique, un rebelle
« devant Dieu.

« Ce n'est pas sur un seul de ses actes qu'il faut juger son trouble
« mental, c'est sur l'ensemble; et tous ses actes affirment un trou-
« ble morbide du sentiment, survenant par accès. — L'irascibilité
« morbide, voilà le noyau psychopathologique autour duquel se

« groupent, dans la mentalité de Saül, la rebellion et la férocité, « brutales transformations de l'égoïsme. Le moi conscient réprou- « ve en Saül les actes pervers ; de là la tendance au sacrifice offert « spontanément, le pardon imploré de Samuel et du Seigneur. « Mais le moi inconscient est trop hypertrophié pour se laisser « dominer, et il fait explosion dans les accès impulsifs, imposant « à l'esprit la violence, le parricide, le sacrilège, le suicide. Tous « ces états sont des « *travestissements* » de la fureur, et la fureur « est la caractéristique de la *dégénérescence psychique épilepti-* « *que.* »

Quel est maintenant le Saül alfiérien ! Chez lui, comme le montre M. de Martiis, la douleur est plus profonde, l'irascibilité est mieux alimentée par des hallucinations plus nombreuses ; mais chez lui, aussi, l'amour paternel, et les autres sentiments nobles, sont plus développés.

Le Saül d'Alfieri est, comme le personnage biblique, un persécuté ; et ce qui domine aussi dans son état mental, c'est l'hypertrophie de la personnalité (délire des grandeurs), qui le pousse à braver Dieu même, à échapper par le suicide au destin qui lui a été prédit.

Enfin, chez lui encore, prédominance de l'inconscient sur le conscient, manifestations pyschopathiques survenant par accès, irascibilité morbide (fureur).

« Son esprit est une mer agitée, sur laquelle luttent des senti- « ments contraires, mais où la tempête est toujours déchainée par « l'irruption brutale d'un inconscient grandiose, sous forme d'ac- « tes violents automatiques ; c'est dans l'inconscient que siège la « puissance du Saül alfiérien, cette force qui lui fait supporter le « poids des années, lever un chef menaçant, quoique chenu contre « ses ennemis de guerre, contres les prêtres, contre Dieu même, « Le Saül d'Alfieri est un agrandissement du Saül biblique, mais « il reste néanmoins un *dégénéré psychique épileptique* ; le Saül de « la bible est l'homme épileptique, subjugué par Samuel : celui « d'Alfieri est le satan épileptique qui se débat contre la nature « entière ; de là, chez lui, plus profonde est la douleur, plus accen- « tuée la teinte mélancolique, plus nombreuses et terrifiantes les « hallucinations, plus courtes les périodes de calme, plus intenses « les accès psychiques, plus méprisant le dédain, plus impulsive « l'irascibilité. »

Et M. de Martiis, adepte résolu des théories lombrosiennes sur la parenté du génie et de la dégénérescence, termine son étude en s'efforçant de montrer que c'est son état mental propre que le poète d'Asti a attribué à son héros « en décrivant chez Saül cette « même épilepsie qui s'était, chez lui-même, traduite par le génie ».

Traduit de la *Rivista moderna* (Janvier 1899), par F. Farnarier.

VARIÉTÉS

UN CAS D'INVERSION DU SENS GÉNITAL AU XVIIe SIÈCLE.

On lira avec intérêt cette histoire tirée d'un recueil des *Causes célèbres*, publié en 1741 (1). C'est une véritable observation d'inversion du sens génital, qui pourrait figurer dans un mémoire médical moderne sur la question. Le sujet était un type d'inversion avec troubles mentaux et sans malformations génitales graves. L'intérêt de ce cas est encore dans la façon dont le milieu provincial du XVIIe siècle où vivait cet aliéné se comporta avec lui.

Le Parlement de Toulouse cassa le testament et maintint l'héritier du sang dans tous les biens du malade.

M. Aymond Dumoret, avocat au parlement de Toulouse et juge de plusieurs Terres dans le voisinage de Bagnères dans le Bigorre, où il résidait, était marié avec la Demoiselle de Manas. Ils eurent deux fils dont le second a laissé la succession, qui est l'objet de ce procès. Il fut baptisé le 21 novembre 1678 sous le nom de Pierre-Aymond Dumoret. Il passa de l'enfance à la démence.

A la vérité, à la folie près qui s'imprima dans son esprit de croire qu'il était fille, il paraissait conserver l'usage de la raison, et les parents s'aperçurent bientôt de ce dérangement. Ils redoublèrent de soins pour son éducation, espérant que cette seconde nature réparerait le défaut de la première.

Le jeune homme étudia, la mère le garda à vue, mais étant décédée, et les occupations du père ne lui permettant pas d'avoir les mêmes attentions, Pierre-Aymond Dumoret, qui eut plus de liberté, fit connaître aussi au public son état qu'on avait caché avec soin, et on le vit souvent paraître en habit de fille.

On délibéra dans la famille de l'envoyer à Toulouse. On crut que la nécessité d'être toujours avec des étrangers, le commerce avec les étudiants, et les différents objets que présente une grande ville pourraient dissiper cette manie, mais tout fut inutile ; le mal était incurable, et croissait avec l'âge.

Il étudia à la vérité tantôt en Droit tantôt en Théologie, et prit même le degré de Bachelier en Droit. Mais, occupé de son idée ineffaçable, il fuyait la compagnie des hommes, il vivait dans la retraite, il paraissait dévot, il aimait la chasteté, et il présentait toutes ces qualités aux incrédules comme autant de preuves, qui devaient les convaincre qu'il était véritablement fille ; il ne lui fallait, disait-il, que des habits de femme.

Il était sans ressource pour en acheter ; son père n'envoyait que l'argent nécessaire pour sa pension, mais l'indigence lui parut moins affreuse que la honte de n'avoir pas les habits qu'il lui croyait convenir à son état, il employa l'argent destiné à sa pension à acheter des habits de femme, et il fut content quoiqu'il n'eût plus de quoi vivre.

(1) *Causes célèbres*, tome XVIII, p. 229.

La necessité qui est ingénieuse dans les cerveaux les plus déréglés, fournit un expédient à Pierre-Aymond Dumoret. Il se présenta et il fut reçu pour Précepteur de la Dame de Rouquette. C'est dans la maison de cette Dame que Dumoret, retiré dans sa chambre, prenait ses habits de femme et paraissait aux fenêtres.

La Dame de Rouquette, qui en fut avertie, le surprit dans cet état ; le Précepteur n'en rougit point, il dit au contraire très sérieusement à cette Dame : *qu'elle était fille depuis sa naissance, qu'elle avait été obligée de paraître en homme pour obéir à ses parents et pour conserver quelque bien, qu'elle ne pouvait avoir sans cela, mais que quand elle serait sa maîtresse, elle paraîtrait toujours dans ses habits de fille naturels.*

Pierre-Aymond Dumoret alla ensuite chez le sieur Bourguignon en la même qualité de Précepteur : mais ayant toujours continué à se mettre en habit de fille, il fut remercié, et il ne pouvait pas espérer de se placer sur le pied de Gouvernante.

Il voyait donc que son sexe imaginaire lui était inutile ; il avait éprouvé au contraire que sous le nom et les apparences d'un homme, il avait trouvé une ressource pour vivre que sa qualité de fille lui avait fait perdre ; il aima mieux quitter Toulouse, et s'en retourner à Bagnères pour publier dans le lieu de sa naissance qu'il était véritablement fille.

Arrivé à Bagnères, son père mit tout en usage pour ramener cet esprit égaré ; il voulut l'accoutumer à des exercices, qui ne conviennent qu'à l'homme, et cherchant à désabuser son fils, il emprunta son suffrage de juge dans des Sentences, et il l'envoya deux ou trois fois dans des villages pour y tenir l'audience sur quelques légères contestations dont il lui déférait la décision.

Il résulte de l'Enquête de l'adversaire que Dumoret tint l'Audience, sous un ormeau, et quoiqu'il n'y eût ordinairement que le Greffier avec les deux parties, la réputation du Juge lui attira tout le village. L'ormeau fut entouré, et chacun s'empressait à voir ce Juge. Sa folie lui laissait tout le discernement nécessaire pour juger ; ce qui est une fonction de l'âme des plus distinguées : il était pourtant dans le danger de s'égarer.

Cependant le stratagème fut inutile, le fils ne voulut plus se prêter aux bonnes intentions du père. Il lui déclara qu'étant fille, il ne devait s'occuper qu'à filer et à coudre. M. Dumoret, voyant qu'il n'avait rien à espérer du côté de la douceur, crut que son fils pouvait être du nombre de ces fous que les médecins disent pouvoir être réduits par la force et les menaces.

Ce père affligé voulut donc user de son autorité, il parla rudement à son fils ; il le menaça de le faire attacher et de l'enfermer s'il avait l'audace de paraître en habit de fille, mais le remède fut pire que le mal ; le fou devint furieux, incapable déjà de connaître son sexe, il ne connut plus son père. Nul respect, nul ménagement, le danger devait être grand pour M. Dumoret le père, puisque dans un âge très avancé, il fut obligé, pour se garantir, de

prendre ses pistolets, et de chasser de sa maison cet insensé, qui ne prit la fuite que parce que sa résistance contre les armes à feu aurait démenti la timidité d'un sexe dont il croyait devoir soutenir le caractère. Le père mourut quelque temps après ; le fils, étant maître de ses actions, la folie prit son essor.

Les parents,consultés sur cet accident, virent bientôt bien que la folie serait convertie dans un état permanent de fureur, si l'on agissait de force. On crut donc qu'il valait encore mieux avoir un fou tranquille qu'un furieux,et on n'usa plus que des représentations que chaque parent faisait avec douceur dans les occasions, mais qui furent toujours inutiles.

Pierre-Aymond Dumoret continua de paraître en habit de femme dans les rues, et dans les églises ; il en était chassé, les enfants couraient après lui, il fuyait de son côté ses parents les plus proches, parce qu'ils étaient les plus attentifs à le détourner de sa folie. Il changeait souvent de demeure comme une fille inconstante pour ne manquer aucun des attributs du sexe volage. Il prit enfin le partie de se retirer dans une petite métairie où, sans contrainte, et sans être exposé aux huées des enfants, il paraissait toujours en fille.

Ce fut dans cette retraite que se dépouillant des habits de femme proportionnés à sa taille, il prit une petite robe de fille à manches pendantes qu'il avait fait faire d'un taffetas vert et blanc, et qui venait seulement jusques aux genoux, âgé de plus de quarante ans. Il disait à ses fermiers, et à leurs voisins, que c'était la robe d'innocence que les filles doivent porter une fois en leur vie, et que son père ayant manqué à lui faire remplir ce devoir, il devait s'en acquitter.

Après avoir satisfait à ce devoir essentiel, Pierre-Aymond Dumoret, voulant sans doute réparer le tort qu'il croyait avoir fait au sexe féminin en paraissant déguisé en homme dans plusieurs endroits, prit la résolution d'aller détromper ceux qui l'avaient vu dans son déguisement, et leur faire connaître que Pierre-Aymond Dumoret était véritablement *Mademoiselle Rosette* ; c'est le nom chéri qu'il prit dans sa métamorphose, et c'est ainsi qu'on le nommera pendant le cours de ses voyages, soit parce qu'il ne paraissait qu'en habit de fille, soit parce que la narration en paraîtra plus aisée.

Mademoiselle Rosette partit donc pour Toulouse, où elle changea trois fois de logis ; mais partout on découvrit son déguisement et sa folie ; elle était pourtant modeste, et vivait frugalement; elle filait, et fuyait la compagnie des hommes, elle allait régulièrement à la Messe aux grands Carmes, aux Augustins et à la Dalbade (1). Elle disait avoir fait souvent ses dévotions aux Augustins et on la vit se confesser et communier aux grands Carmes.

En un mot, Mademoiselle Rosette paraissait fort dévote, mais cette dévotion devint suspecte, quand on s'aperçut que Made-

(1) Paroisse de Toulouse.

moiselle Rosette affectait ces petites manières, ces minauderies qui sentent la coquetterie ou la vanité. On la voyait perdre beaucoup de temps devant son miroir ; elle était uniquement occupée à retoucher à sa coiffure, à placer ses rubans, à ranger son écharpe, et à donner une bonne figure à un panier indocile, qu'elle avait fait de branches de sarment pour être à la mode. Alors, satisfaite d'elle-même, elle disait à son portrait qu'elle voyait dans le miroir, ou quelquefois à une fille qui allait monter ses cornettes : *Mademoiselle Rosette n'est-elle donc pas bien ajustée ?*

Sa barbe noire et fournie aurait pu découvrir d'abord l'homme recélé sous l'habit d'une femme ; mais Mademoiselle Rosette avait soin de s'écorcher le bas du visage en se servant tantôt de la pincette, tantôt de la pierre ponce, et pour cacher pendant les premiers jours les marques de cette sanglante opération, elle portait son mouchoir sur le menton, en disant qu'elle avait mal aux dents.

Enfin, pour réparer le défaut de sa gorge plate, elle se formait un gros sein avec des étoupes, et pour rendre sa taille plus droite et plus fine, elle portait un corset avec des lames de fer, au lieu de baleine ; tout cela fut découvert et on ne douta plus que Mademoiselle Rosette fût un homme en démence.

Elle alla pourtant sous cette figure rendre visite à la dame de Rouquette ; elle lui rappela le souvenir de ce que Dumoret précepteur lui avait dit lorsqu'elle était chez elle, et elle lui assura de nouveau *très sérieusement qu'elle était fille* ; ce qu'elle confirma au sieur de Boisset qu'elle avait connu qu'elle rencontra encore dans la même maison.

La réputation de Mademoiselle Rosette fut connue dans toute la ville. Les enfants couraient après elle avec des huées et, s'étant logée derrière la Dalbade, le Curé, qui fut instruit qu'il y avait dans sa paroisse un homme travesti en femme, craignit que la débauche fut la cause de ce déguisement. Il alla voir Dumoret, et il trouva Mademoiselle Rosette avec tous ses atours. Elle lui soutint *qu'elle était vraie fille, qu'elle s'était fait visiter par des médecins, et que ces médecins lui avaient attesté qu'elle l'était.* Elle ajouta d'autres discours si extravagants, que le Curé reconnut sans peine le sexe et la folie de Rosette.

Après quelques mois de séjour dans Toulouse, Rosette, fatiguée des risées qu'elle s'attirait, et du concours des enfants qui la suivaient dans les rues, elle dit à son hôtesse qu'elle partait pour Agen. On la fit conduire au bateau de poste sur la Garonne. On sait qu'elle alla d'Agen à Cahors, elle fut errante pendant quelque temps.

La loi que l'on s'est imposée de ne rapporter que ce qui est prouvé par l'enquête, fait qu'on supprime les désagréables aventures de Rosette, dans le cours de ses voyages, on s'est fixé à la preuve qu'on a faite. Il en aurait trop coûté d'ailleurs pour la suivre dans ses courses vagabondes, et la dépense aurait été superflue, après la preuve de ce qui s'est passé à Toulouse et à Bagnères. On se contentera donc de dire que Mademoiselle Rosette n'eut pas lieu

de se louer de la politesse de quelques officiers de guerre, qui furent indignés de trouver un homme qui voulût être femme.

Enfin, Rosette revint à Bagnères, où elle apprit que son père était mort ; cette nouvelle ne supprima ni les habits de femme ni les fontanges, mais elle dit au contraire qu'elle aurait à présent assez de bien pour exécuter le projet qu'elle avait formé de vivre avec une autre fille qui comme elle voulait garder le célibat. Elle se trouvait offensée, quand on l'appelait M. Dumoret. *Quoi, ne savez-vous pas*, disait-elle à ceux qui lui faisaient cette injure, *que je suis Mademoiselle Rosette*.

Cependant Jean Dumoret, son frère aîné, jouissait de tous les biens ; les ennemis de la famille suscitèrent Rosette à lui en demander le partage ; l'instance fut formée en 1723, et Jean Dumoret demanda d'être renvoyé de cette demande, attendu la folie de son frère dont il offrit la preuve.

La défense était mal réglée, la démence n'empêchait pas le partage, il fallait au contraire offrir de le faire avec un curateur, et alors seulement on aurait pu demander d'être reçu à prouver l'état de Rosette. Ainsi le premier juge ordonna le partage sans rien prononcer sur la demande en preuve de la démence qui n'était que trop connue.

Jean Dumoret fut appelant de cette sentence, mais les parents lui présentèrent que son frère, quoique dans la démence, devait jouir de son bien, et que ce bien lui reviendrait toujours parce que son frère était incapable par son état d'en disposer valablement ; de sorte que sur ces représentations, le procès fut transigé. On tâchait d'étouffer de même tous les procès qui survenaient à l'insensé soit à raison du bien paternel, soit à l'occasion d'un héritage que le sieur Laforgue lui avait laissé en 1704. On ménageait cet esprit égaré dans la crainte qu'il ne devînt furieux, car on ne pouvait plus espérer le guérir de sa folie. En effet, Pierre-Aymond Dumoret fut toujours Mademoiselle Rosette. Il allait vêtu en fille à la messe aux Jacobins, et à l'église paroissiale de Bagnères ; on l'en chassait en vain, on le faisait huer par les enfants, rien ne le guérissait. Il disait au contraire *qu'on s'accoutumerait insensiblement à le voir en habit de fille, ne pouvant pas paraître autrement, puisqu'il était véritablement fille.*

Si on lui représentait que sa barbe, son air, le démentaient, il répondait qu'on ne devait pas s'arrêter aux traits de son visage, que comme la nature se plaisait quelquefois à donner aux fleurs des figures bizarres qui ne convenaient pas à leur espèce, elle avait pu de même lui donner un visage mâle, mais que c'était tout ce qu'elle avait de l'homme, étant vraie fille, sujette aux incommodités périodiques. Il prenait des précautions pour n'être pas démenti par la propreté de son linge.

Si quelquefois il paraissait en habit d'homme, il portait toujours un corset serré, et une culotte qu'il avait rendue aussi commode qu'une jupe pour imiter les femmes dont il prenait l'attitude dans

le besoin. Il se faisait lasser le petit corps, et parce qu'un jour on le serrait trop *ne connaissez-vous pas*, dit-il, *que je suis une fille en-[illegible]*.

On ne finirait jamais si on voulait rapporter toutes les extravagances de Dumoret, mais il est essentiel d'observer que vêtu en fille, étant allé un jour des fêtes de Pâques à l'église de la Paroisse, il y causa un si grand scandale pendant la grand'messe, que Messire Jaula, aumônier de l'Hôpital, le chassa de l'église, et mit après lui les enfants pour le huer. C'est cependant le même aumônier qui vient soutenir aujourd'hui que Dumoret était un homme de fort bon sens.

Cela ne fait pas honneur à Messire Jaula; ainsi il en jugea lui-même autrement, lorsqu'il était sans intérêt, Dumoret ne fut pas plus sage dans la suite, car on va voir au contraire que sa démence ne fit que croître et embellir, que ses derniers jours enchérirent sur les premiers, et qu'enfin la fille imaginaire fit mourir l'homme réel.

Pierre-Aymond Dumoret disparut pendant quelque temps, et après avoir erré à l'aventure, il revint à Bagnères en l'année 1725. C'est la dernière de sa vie.

Il logea d'abord chez la Demoiselle le Bel, où il s'habillait continuellement en fille, et quand on voulait l'en détourner, il disait, *qu'il avait fait vœu de chasteté comme une vraie fille ; qu'une belle Dame, ou une belle Déesse lui avait apparu et qu'elle lui avait recommandé cette vertu, et qu'elle lui avait promis en vivant de lait et de fruits comme les Bergères, le pouvoir de paraître partout en fille lui serait bientôt donné*. Il représentait qu'après cette promesse *par révélation* on s'y opposait en vain ; voilà donc les visions qui fournissaient une nouvelle scène, nouveau degré de folie. Il ajoutait *qu'il n'était pas ne fille mais qu'il l'était devenu en sautant un ruisseau* ; il disait à d'autres *qu'en sautant un fossé à Toulouse, il se trouva vraie fille*. Voilà encore des discours plus extravagants que ceux qu'il avait tenus jusqu'alors, preuve certaine que la folie augmentait, ou, pour mieux dire, qu'elle était parvenue à son dernier période : elle prend souvent plusieurs formes.

En effet, les Auteurs rapportés dans la Bibliothèque de la Médecine pratique : *in verbo mania et mélancolia*, observent que cette maladie d'esprit arrivée au plus haut point se change souvent en fureur, et le malade tombe dans des accidents d'épilepsie.

Cet état violent arriva à Dumoret ; il est vrai qn'il tourna sa fureur contre lui-même, et il ne la manifesta que contre ceux qui s'approchèrent de lui, après une vérification faite par hasard et qui découvrit tout l'excès de sa folie. Voici le fait :

Dumoret habillé en fille tomba en défaillance vers la fin du mois de Mai 1725 dans la maison de la Dame le Bel. On y accourut en foule, les uns pour lui donner du secours, les autres par curiosité; on le trouva sans mouvement et sans connaissance.

Le sieur Dasson, chirugien Major, et Directeur des bains de

Baréges proposa de profiter de ce moment pour savoir si Dumoret était homme ou femme. On approuva la proposition, et la vérification fut faite en présence du sieur d'Artiguelongue, médecin habile du sieur Dathu, chirurgien ordinaire du malade et d'un grand nombre d'autres personnes.

Mais quel fut l'étonnement des spectateurs lorsqu'ils virent l'homme dans son appareil, mais cruellement enchaîné à travers un amas de peaux étrangères artistement arrangées, pour donner du corps à la folle idée de Rosette. La figure d'un sexe détruisait alors la réalité de l'autre, et l'homme qui gémissait allait s'évanouir ; effet funeste d'une compression trop violente.

Le sieur Dasson brisa promptement les chaînes qui étaient excessivement serrées ; il leva la figure hideuse, l'homme reprit son état naturel, on le vit rétablir. Ces soins charitables ramenèrent Dumoret à la vie ; mais incapable de reconnaître l'importance du service, il avait fait des efforts pour s'y opposer, même dans son assoupissement. Revenu de sa défaillance, il entra en fureur, il mordait ceux qui l'approchaient, il crachait au visage, il brisait et déchirait tout; il fut le reste du jour et pendant toute la nuit dans des agitations violentes ; en un mot, il était furieux.

Le lendemain il aperçut sous les chaises l'objet de ses complaisances, ce qui nourrissait sa folie, que le sieur Dasson avait jeté en l'arrachant ; il s'en saisit promptement, sa fureur s'apaisa et il continua seulement de soutenir qu'il était fille ; il en portait toujours l'habit dans la maison, et parce que la demoiselle le Bel et ses filles ne voulaient pas permettre qu'il sortît sans prendre un habit d'homme, il s'éloigna de ses hôtesses importunes et il alla loger chez le sieur Careaux, où il parut toujours en habit de fille ; mais il n'y demeura pas longtemps, parce qu'on lui cacha charitablement les habits de femme pour le forcer à prendre ses habits naturels, ce qui le mit dans une si grande colère qu'il fallut lui rendre au plus tôt ses habits chéris, et il quitta cette maison.

On lui inspira d'aller loger chez le sieur Durand, où l'on aurait beaucoup de complaisance pour Mademoiselle Rosette, la promesse était flatteuse ; il n'en fallut pas davantage pour le déterminer. Il fut donc conduit à sa dernière auberge, où il mourut un mois après.

Jean Dumoret, son frère, était décédé, et ses ennemis formèrent un complot pour tâcher d'enlever aux sucesseurs légitimes les biens de ce personnage. Ils comprirent bien qu'un testament en leur faveur annonçait sur l'étiquette le vice qui l'infecterait, et les exposerait à un procès infaillible dont les frais retomberaient sur eux.

Pour éviter donc ce malheur, et pour rendre la disposition favorable, ils résolurent d'instituer les pauvres de l'Hôpital de Bagnères. Me Jaula, qui disposait de tout le revenu de l'Hôpital en qualité d'Aumônier et qui s'en attribuait le quart, travaillait pour lui.

Le sieur Martial Soubiez, son beau-frère, était le trésorier, et on

[illegible] pour faire le testament. [illegible] frères de l'aumônier. [illegible] Juge de Bagnères, qui [illegible] bien [illegible] même à ce point. [illegible] à son ressen- [illegible] qui en l'interdi- [illegible] aux domma- [illegible].

[illegible] sans mettre [illegible] Demoiselle Durand, qui était l'hôtesse de Made- [illegible] mobilier, et [illegible] la chose. [illegible] parents [illegible] ne fut pas difficile d'ob- [illegible] Mademoiselle [illegible] C'est [illegible] le 4 octobre [illegible].

[illegible] pour faire connaître de plus [illegible] disposition.

[illegible] en habit de fille et [illegible] vers les neuf heures [illegible] appartement dans [illegible] temps [illegible] il se [illegible] fallut le con- [illegible] merveilleuse pour tes- [illegible].

Cependant le lendemain ou le jour après, c'est le jour du pré- tendu Testament que la Demoiselle Cornade alla le voir, elle trouva près de son lit Soubiez, notaire, d'un côté, et la demoiselle Durand de l'autre. Elle demanda à ce notaire ce qu'il faisait là : le notaire lui répondit qu'il allait écrire une lettre pour le malade. Voilà le testament écrit par Soubiez, qui en fit un mystère.

Or, dans ce moment, Dumoret était vêtu en fille, il l'a toujours été dans le cours de sa maladie chez le sieur Durand. Quand il était dans son lit, il portait souvent le corset, mais il avait toujours des coiffures et une chemise de fille, un collier de perles, et des pendants d'oreilles, avec une bague au doigt : les habits de fille étaient alors étalés sur une table dans sa chambre, pour ne pas les perdre de vue, et s'il se levait, il prenait toujours les mêmes habits de fille.

Il était si fort occupé de sa folie, que dans une occasion où il fallut précipitamment lui changer de linge, il entra en fureur, voyant que les personnes qui le servaient lui mettaient une chemise d'homme, et comme il n'avait plus de force, puisqu'il mourut le

même jour, il voulait du moins mordre ces personnes officieuses qui furent obligées de lui donner une chemise de femme.

Enfin Dumoret mourut le 18 octobre comme il avait vécu, c'est-à-dire dans la même folie, toujours vêtu en fille. Il avait en expirant les mêmes coiffures de fille, une chemise de fille, le collier, les pendants d'oreilles, et la bague. Le cadavre fut vu en cet état.

Mais en l'enveloppant dans le suaire, on découvrit encore la cause de sa mort et l'excès de sa folie. On trouva qu'il avait réappliqué ce monstrueux appareil que le sieur Dasson avait levé si à propos pour faire revenir le malade de sa première défaillance.

On ne peut pas douter qu'il n'ait porté l'enseigne de sa folie pendant tout le cours de sa maladie. L'accident qui lui arriva la veille du prétendu testament dans la chambre de la Demoiselle Cortade, avait la même cause que celui dans lequel il tomba chez la Demoiselle le Bel.

Il est encore prouvé que trois jours avant sa mort, voyant qu'il n'y avait personne dans sa chambre, il se leva pour aller prendre ses habits de fille, mais il n'eut pas la force de revenir à son lit : il tomba en défaillance au milieu de sa chambre. On entendit le coup de sa chute, on accourut, on le trouva tenant ses jupes à la main, il était presque sans mouvement.

Si le sieur Dasson avait été appelé, il aurait deviné la cause de ce dernier accident, et il aurait pu soulager le malade ; mais les personnes qui le servaient n'y pensèrent pas, le mal augmenta, la compression devait être violente. Dumoret fut donc son propre tyran, il mourut enfin, et il fut enterré avec les marques honteuses de sa folie.

Le syndic de l'Hôpital, partie adverse, s'empara de tous les biens du défunt et l'héritier du sang qui a les droits de son père forma une instance devant Messieurs des Requêtes à Toulouse, en vertu de son *Committimus*, en cassation du prétendu Testament par nullité, et il demanda subsidiairement à prouver la démence du défunt.

Cette instance fut évoquée à la Grand'Chambre à la Requête de M. le Procureur général, et le Syndic de l'Hôpital ayant donné sa Requête en intervention, demanda que l'héritier du sang fût débouté par fins de non-valoir et de non-recevoir ; mais par l'Arrêt du premier Juillet 1728, *la Cour sans avoir égard à ces frivoles exceptions, demeurant les actes du Procès, et sans préjudice des nullités du Testament, admit l'héritier du sang à prouver la démence du testateur avant, lors et après ce même testament, sauf à M. le Procureur Général et au Syndic la preuve contraire.*

En conséquence les Enquêtes ont été faites, et on y trouve la preuve complète de toutes les extravagances dont on a parlé dans l'exposition du fait ; de sorte que l'héritier du sang demande *qu'en suivant l'interlocutoire, cassant le prétendu Testament du 6 Octobre 1725, le Syndic de l'hopital soit tenu de restituer tous les biens de Dumoret, avec restitution des fruits.*

REVUE DES LIVRES ET ANALYSES

—

Essai sur la cure préventive de l'Hystérie féminine par l'éducation,

Par Mlle Georgette Déga. (*Thèse de Bordeaux.*)

Dans la première partie de son traité, l'auteur étudie d'abord quelques-unes des causes de l'hystérie féminine.

La principale cause est l'hérédité. mais il faut toujours avoir présent à l'esprit qu'un enfant est soumis à celle du père et celle de la mère. Chaque individu naît avec une réceptivité spéciale, qui peut se présenter sous deux formes : l'une congénitale, l'autre acquise, produite par les influences auxquelles toute personne est exposée.

La femme, même normale, agit souvent avant que la pensée ait réellement commandé. Elle n'a qu'une demi-conscience de l'acte qu'elle accomplit.

Pour l'auteur, l'hystérie est une véritable ataxie psychique ; elle est le résultat de la victoire des centres inférieurs sur les centres supérieurs. Comment s'affirme cette victoire ? Peu à peu, par habitude, par accoutumance, et surtout en accordant trop de concessions à la sensibilité.

La plupart des accidents qui surviennent chez les hystériques sont dus à un défaut d'attention. Une certaine rudesse dans l'éducation est favorable à la bonne éducation psychique, mais il faut savoir choisir le moment opportun pour faire les remontrances à l'enfant et proportionner celles-ci à la gravité de la faute.

L'hystérique est ordinairement menteuse ; c'est d'abord chez elle un effort de la volonté ; puis ce défaut devient une habitude ; aussi il ne faut jamais admirer la finesse avec laquelle une petite fille nie une espièglerie.

L'hystérie est surtout fréquente chez les personnes dont la vie s'écoule sans but. Une mère doit toujours être préoccupée de l'éducation de son enfant.

L'auteur donne ensuite plusieurs observations qui montrent nettement quel est le milieu dans lequel les hystériques évoluent le plus souvent.

Dans la deuxième partie de son travail, Mlle Déga traite de l'influence de l'éducation sur l'hystérie féminine. On a généralement trop d'indulgence à l'égard des jeunes filles; il faut en outre surveiller toutes les idées qui peuvent influencer son moi. Aussi l'isolement est le meilleur traitement de l'hystérie. Une seule éducation doit être donnée à l'enfant et la meilleure éducation, c'est celle qui est donnée par la nature, c'est-à-dire la mère de l'enfant.

Les parents ne doivent pas subir tous les caprices de leurs enfants. A éviter chez eux les explosions trop violentes de colère. La trop grande sensibilité sera réprimée, elle aussi ; celle-ci chez

la femme n'est d'ailleurs qu'une fausse sensibilité ; c'est simplement un réflexe dû aux impressions des plaintes sur le sens acoustique.

Un défaut capital chez l'hystérique est l'absence d'attention. Aussi, faudra-t-il progressivement habituer l'enfant à fixer ses facultés sur certains points. La science la plus favorable à ce sujet est celle des mathématiques.

Quand l'enfant possède une mère névrosée elle-même, il ne faut pas hésiter à le séparer d'elle, pour le confier à une seule personne bien choisie.

Tout se résume en cette phrase : éduquer la volonté de l'enfant.

L'auteur passe ensuite à l'influence de la musique chez les hystériques. Il condamme l'habitude de conduire les jeunes filles au théâtre avant l'évolution complète de leur personne psychique et physique. Quand une jeune fille a un rôle actif, en un mot, exécute un morceau, il faut la surveiller de près si on trouve chez elle une compréhension remarquable de l'œuvre exécutée ; ces personnes cherchent en effet toutes les occasions de s'exposer à des causes d'excitation toujours nuisibles.

I. MARCHAND.

Rapport de la Nièvre.

Partie médicale rédigée par M. HYVERT,
interne à l'asile de Vaucluse.

Au moment où beaucoup de directeurs d'asiles ou de médecins en chef ne s'occupent plus, dans leurs rapports, que de la partie administrative, nous croyons devoir exposer les raisons qui nous ont fait conserver le plan habituel des rapports de l'asile de la Nièvre.

Les tableaux statistiques ont dans ces brochures une place incontestée : je n'ai pas à developper ce point ; les réflexions d'ordre professionnel répondent à un besoin également indiscutable.

Mais doit-on publier les observations-types de la région et de l'année, discuter les faits médicaux les plus saillants ? La meilleure réponse serait la constatation de ce fait : les aliénistes les plus illustres ont toujours attaché à cette partie des rapports une importance considérable. Et tous les spécialistes à leur entrée dans la carrière ont eu cette ardeur de néophyte.

Et cela se conçoit. L'étendue du champ d'exploration scientifique permet de faire un choix et d'être sûrement intéressant. Or toutes ces observations isolées, que les publications à court de copies reproduisent sont-elles toujours curieuses ? Au surplus, quelle mine inépuisable pour les candidats en quête de thèses.

Que si tous étaient pénétrés de l'utilité de ces rapports, rédigés avec soin bien entendu, songez à la foule des renseignements précis, des révélations scientifiques qui se dégageraient d'elles-mê-

mes de ces travaux ! Des fautes seraient prévenues ; certain maître très éminent ne créerait pas une subdivision entière de persécutés parce qu'il a observé cinq cas semblables dans un milieu de deux cents malades.

La lecture des observations de tous les asiles français modérerait son désir d'attacher son nom peut être à une... erreur.

Cette année, dans la Nièvre, la courbe décroissante de la paralysie générale est le fait dominant : il y a là une question à étudier. Nous la signalons dans le rapport.

Nous croyons donc avoir eu raison de ne pas nous associer à cette tendance de plus en plus commune, à remettre aux préfets des chiffres quelquefois... non contrôlés.

Ch. Dhéré : **Recherches sur la variation des centres nerveux en proportion de la taille.** (Travail du laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne.) (*Thèse de la Faculté des Sciences*, 1899).

Il y a une correspondance étroite entre le poids du cerveau et la grandeur de l'intelligence. Mais il y a une autre cause qui influence aussi puissamment la masse cérébrale, c'est la taille ou la masse du corps.

L'auteur a abordé l'étude des variations des centres nerveux en proportion de la taille uniquement dans les limites d'une espèce déterminée : le chien.

Pour deux espèces de mammifères de même forme, et de même structure, mais de grandeur très différente, les encéphales sont entre eux comme le poids du corps à la puissance 0.555 ou 5/9.

Le rapport du poids de l'encéphale à la racine quatrième du poids du corps peut être considéré comme constant dans l'ensemble de l'espèce chien. Cette puissance est donc très différente de celle suivant laquelle varie l'encéphale d'espèce à espèce (0,25 au lieu de 0,555).

La loi de proportionnalité trouvée pour l'encéphale entière s'applique également bien aux hémisphères et au cervelet. Il n'en est pas de même de l'isthme. Ici, on observe une progression facile mais manifeste du rapport de la racine quatrième du poids du corps. Cela tient, d'après l'auteur, à ce que dans cet ensemble il intervient pour une proportion notable des parties presque exclusivement conductrices.

La pesée et la mensuration des diverses parties constitutives de l'encéphale montrent que les hémisphères ne sont pas au reste de l'encéphale dans une proportion constante.

Le poids de la moelle par rapport au poids du corps va croissant à mesure que la taille s'élève. Le rapport de la longueur de la moelle à la longueur du corps varie peu. Le poids de la moelle est fonction à la fois de la masse et de la longueur du corps. La section de la moelle croît comme la racine quatrième du poids du corps. Le rapport du poids de la moelle au poids de l'encéphale n'est pas constant dans une espèce donnée.

Les encéphales de chiens adultes de différentes tailles ne présentent pas une seule et même forme. Tous les petits chiens sont plus ou moins brachycéphales, les gros plus ou moins mesaticéphales ou dolichocéphales. L'aspect si différent des têtes des diverses races tient

aux variations de la face et non aux variations de la cavité cranienne.

Chez le chien, le degré de plissement de l'écorce cérébrale est influencé, d'une manière appréciable, par le volume du cerveau. Le cervelet est d'autant plus recouvert par le lobe occipital que les encéphales envisagés sont plus gros.

L'auteur a ensuite cherché à déterminer par la jetée de l'extrait éthéré de la myéline la part qui revient à cette substance dans le cerveau du chien. Il est arrivé à conclure que l'encéphale dans son accroissement corrélatif à la taille de l'animal ne conserve pas une même proportion de myéline et, partant, de conducteurs, ce qui modifie la valeur physiologique de l'unité de poids de cet organe quand on passe des petits aux grands chiens. La richesse en myéline augmente en même temps que la masse du cerveau. L. MARCHAND.

Ch. VALLON et A. MARIE : **Les aliénés en Russie**
In-18. Montevrain. Prix : 3 fr. 50.

En Russie, les établissements d'aliénés ne portent pas, comme en France, le nom d'asile, mais celui d'hôpital ; on les considère non comme des garderies à l'usage des gens incapables de vivre en liberté, mais comme des maisons de traitement pour les maladies mentales L'élément administratif y est subordonné à l'élément médical (c'est un médecin-directeur qui conduit l'établissement avec l'aide d'un comité de direction composé de tous les médecins). Les médecins sont nombreux proportionnément au nombre des malades (1 pour 5). Il y a séparation entre les aliénés atteints de maladies aiguës et les chroniques, ces derniers étant placés soit dans des quartiers spéciaux, soit dans des colonies agricoles ou bien confiés au patronage familial.

Depuis quelques années on a construit en Russie de très beaux établissements pour les aliénés, tels que les hôpitaux Alexéiev, Pokrovsk, et le nouveau pavillon de l'hôpital Alexandre III, près de Pétersbourg. Novosnamenski. La clinique psychiatrique de l'Académie militaire de la capitale et celle de l'université de Moscou sont deux superbes édifices admirablement installés et organisés. La clinique de Moscou est le produit d'un don particulier.

Les médecins aliénistes russes sont instruits, laborieux, beaucoup polyglotes, très au courant de ce qui se fait et s'écrit à l'étranger. Le personnel secondaire comprend des surveillants et surveillantes, aides-médecins qui sont d'excellents agents. Les gardiens et gardiennes seuls ne sont pas ce qu'ils devraient être ; en nombre plus que suffisant, ils pèchent par la qualité ; mais de ce côté encore, des efforts sérieux commencent à se faire. Quand la Russie aura constitué un bon corps de gardiens et gardiennes, elle pourra subir sans crainte la comparaison avec les autres pays au point de vue de l'assistance des aliénés. Elle est entrée un peu tard dans la voie du progrès, mais elle y marche à grands pas.

Fait bien digne de remarque : l'autocratique Russie jouit de l'autonomie provinciale et communale, au moins en ce qui concerne l'instruction et l'assistance publiques. Les assemblées provinciales ou Zesmtwos, analogues à nos conseils généraux, et les conseils municipaux des capitales ont dans leurs attributions, depuis 1864, le soin de pourvoir à l'instruction des habitants et à l'assistance de tous les mala-

des. Et c'est précisément depuis cette époque qu'ont été réalisées de grandes réformes dans l'assistance publique et en particulier dans l'assistance des aliénés.

Un autre fait mérite d'être signalé. En Russie on ne se contente pas d'améliorer constamment les conditions d'hospitalisation et le traitement des aliénés ; on cherche encore à enrayer les progrès de la folie, en empêchant les aliénés de se marier et de procréer des êtres semblables à eux. Dès 1772, Pierre le Grand défendait aux fous d'entrer dans les liens du mariage et encore aujourd'hui la loi russe dit : « Il est défendu de contracter le mariage avec les imbéciles et les fous. Le mariage est nul quand une ou les deux parties contractantes étaient en état d'aliénation mentale. »

Au point de vue de la prophylaxie de la dégénérescence mentale, la Russie pourrait servir de modèle à bien des pays.

Paralysie faciale zostérienne (1).

Par MM. Klippel, médecin des hôpitaux, et Aynaud.

Les auteurs rapportent un cas de paralysie faciale zostérienne qu'ils ont observé tout récemment et font remarquer que la paralysie faciale doit être désormais inscrite parmi les complications du zona. Recherchant dans les différents recueils et mémoires scientifiques, les cas analogues qui s'y trouvaient épars, ils sont arrivés à en réunir seize ce qui fait, en y comprenant le leur, un total de dix-sept cas connus. Ils ont eu soin de ne retirer que les observations où la fièvre Zoster était manifestement la cause de la paralysie de la septième paire et d'éliminer les paralysies faciales d'autres causes qui peuvent se compliquer d'éruptions zostéroïdes symptomatiques. En procédant ainsi, il leur a été possible d'assigner à la paralysie faciale zostérienne des caractères particuliers et de considérer cette complications du zona-maladie comme nosologiquement distincte et répondant à un type clinique défini.

Voici les conclusions auxquelles ils arrivent : on est en droit de supposer que l'infection, cause des douleurs et de l'éruption du zoster, est elle-même en action sur le nerf facial et par un même processus pathogénique. Mais la paralysie, dite *a frigore*, a été elle-même considérée comme d'origine infectieuse.

On sait, d'autre part, que les douleurs névralgiques peuvent la précéder comme le démontrèrent Grasset, Dieulafoy, Bernhardt, Testaz, Despaigne.

Entre ces dernières formes et le zona compliqué de paralysie, il y a la différence clinique, fort importante, il est vrai, de l'éruption. Et cependant il ne semble pas qu'entre ces trois modalités cliniques, *la séparation soit absolue*. Dans les cas les plus complets, la maladie comporte trois éléments : la névralgie, le zona éruptif, la paralysie. Ces trois éléments ne pourraient-ils être dissociés en des formes morbides plus ou moins frustes ? N'est-il pas déjà certain que dans le zona l'élément névralgique peut manquer ?

Outre les analogies cliniques, ne sont-il pas aussi les mêmes facteurs étiologiques qu'on invoque et pour le zona et pour la paralysie faciale dite *a frigore*, à savoir : le *refroidissement*, cause habituelle

(1) *Journal des Praticiens*, n° du 15 avril 1899.

du zona pour Hardy et pour tout le monde en ce qui concerne la paralysie faciale dite *a frigore* ; le *terrain névropathique* admis pour le zona par Letulle et par Charcot pour la paralysie faciale ; *l'infection* enfin, doctrine développée par Landouzy, pour le zona, et par Despaigne, pour la paralysie de la face.

F. PACTET.

MM. PÉRAIRE et F. MALLY : **Des formes cliniques et anatomo-pathologiques « de la Métatarsalgie » (névralgie de Morton) et de son traitement chirurgical par la résection des têtes métatarsiennes.**

La métatarsalgie est une affection douloureuse des articulations métatorso-phalangiennes, caractérisée par la déviation des métatarsiens et très souvent aussi par la déformation et la subluxation des têtes métatarsiennes, affection pouvant siéger aux deux pieds ou à un seul et ne donnant lieu à aucun gonflement, ni à aucun changement de coloration de la peau.

Les recherches radiographiques des auteurs ont montré qu'il existe dans cette maladie un changement dans les rapports normaux des surfaces articulaires de la plupart des articulations métatarso-phalangiennes. L'examen micrographique a révélé une ostéite condensante.

La métatarsalgie évolue surtout sur un terrain authentique. L'hérédité joue un grand rôle. La neurasthénie, l'épilepsie, l'hystérie, la fièvre paludéenne, la grossesse, les traumatismes ont aussi été signalés comme étiologie. C'est surtout de 30 à 40 que la maladie apparaît. Les femmes sont plus sujettes à cette affection que les hommes.

On décrit cliniquement trois formes, une forme bénigne, susceptible de guérir sans intervention ; une forme moyenne et une forme grave.

La métatarsalgie ne doit pas être confondue avec les synovites rhumatismales et blennorragiques, les abcès de la face plantaire du pied, la contusion ou l'entorse médio-tarsienne. Le diagnostic est quelquefois délicat avec les lésions syphilitiques et tuberculeuses, le pied plat.

Comme traitement, les auteurs préconisent l'ablation de la tête métatarsienne.

L. M.

LIVRES REÇUS

PIETTE ET DE LAPORTERIE.— *Etudes d'ethnographie. V. Fouilles à Brassempouy en 1897.* Extrait de *l'Anthropologie.* Tome IX. Paris, Masson.

JULIO LOPES. — *De l'hémiplégie permanente des ataxiques.* Thèse Paris, 1898. Ollier-Henry.

JULES GRUZU. — *De la méningite cérébro-spinale épidémique. Le méningocoque de Weichselbaum-Jaeger.* Thèse Montpellier, 1899. Imprimerie de la manufacture de la Charité.

GRASSET. — *L'alcoolisme insidieux et inconscient.* Conférence faite à Montpellier le 26 mars 1899. Société antialcoolique de l'Hérault.

S. AGRICOLE. — *Equivalents délirants des accès épileptiques.* Thèse Paris. Jouve et Boyer.

FÉLIX TARDIF. — *Etude clinique de quelques analgésies viscérales profondes dans l'ataxie locomotrice progressive (analgésies trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire).* Thèse Paris, Jouve et Boyer.

M. Ameline. — *Energie, entropie, pensée, essai de psychophysique générale basée sur la thermodynamique avec un aperçu sur les variations de l'entropie dans quelques situations mentales.* Thèse Paris, G. Carré et C. Naud.

Georges Bogdan. — *Sur deux cas peu communs de mort subite chez deux enfants en bas âge.* Br. Jassy.

N. Vaschide. — *La nouvelle loi de l'enseignement secondaire et supérieur eu Roumanie.* (Extrait de la Revue internationale de l'Enseignement). Paris, Chevalier-Maresq, 1899.

André Monteilh. — *L'Equitation. Ses effets physiologiques, psychiques et pédagogiques.* Thèse Bordeaux 1899. Imprimerie Cadoret.

Frédéric Guyot. — *Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires.* Thèse Paris, 1899. Delmar.

G. Morard. — *Traitement de la tuberculose par la minéralisation au moyen des injections sous-cutanées de sérum artificiel à petites doses* (*Résultats expérimentaux*). Thèse Paris. Jouve et Boyer.

La *Revue Socialiste* de juin, qui vient de paraître (128 pages grand in-8°), contient un article très intéressant de M. Edgard Milhaud, sur le **Mouvement syndical allemand**, peu connu en France et dont les progrès vont de pair avec ceux du socialisme proprement dit ; une étude fort intéressante de Paul Louis sur la **Conférence de la Haye**. A lire également l'analyse critique de Labriola, sur le livre de Bernstein ; les **Recherches sur l'origine des idées abstraites**, par Paul Lafargue ; une étude serrée de Maurice Charnay sur la situation respective de la ville de Paris et de la Compagnie du Gaz ; les **Intellectuels de la Patrie française**, par Gaston Cagniard ; une agréable nouvelle de J.-B. Clément : **un Cabaret de Montmartre** ; le **Mouvement social**, de Weber, etc.

INFORMATIONS

Société médico-psychologique. — Dans sa séance du 29 mai, cette société a décerné le *prix Belhomme* et le *prix Moreau* (de Tours). — Ce dernier a été décerné à M. Bernard-Leroy, pour son travail intitulé :

L'illusion des fausses reconnaissances. Des mentions honorables ont été accordées : 1° à M. le Dr Wahl (*La descendance des paralytiques généraux*) ; 2° M. Lalanne (*Les persécutés mélancoliques*).

Le prix Belhomme : *Du système musculaire chez les idiots et de son éducation* (600 fr.) a été décerné à M. Joseph Royer (150 fr.) a été donnée à MM. Rodier et Ameline. La question proposée pour ce prix à décerner en 1901, est la suivante : *Délire chez les idiots et imbéciles* (à l'exclusion des arriérés).

Enseignement. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. M. le prof. Joffroy, lundi, jeudi, à 3 h. 1/4, à l'Asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies du système nerveux. M. le prof. Raymond. Mardi, vendredi, à 10 h., à l'Hospice de la Salpêtrière.

Hospice de Bicêtre. Maladies nerveuses chroniques des enfants. M. Bourneville. Samedi, 9 h. 1/2. Visite du service (gymnase, atelier, école, musée, présentation des cas cliniques, etc.).

Asile de Villejuif. Maladies mentales. Service de M. Toulouse. Le vendredi à 9 h. 1/2. Visite dans les asiles : conférences cliniques au lit des malades. (Tramway : Châtelet-Villejuif ; trajet une heure.)

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

ASILES D'ALIÉNÉS

ORGANISATION SCIENTIFIQUE D'UN SERVICE D'ALIÉNÉS,

Par Ed. Toulouse,
Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Je décrirai ici surtout l'organisation d'un service d'aliénés ; mais, comme on le verra, la plupart des considérations qui vont suivre peuvent s'appliquer tout aussi bien à n'importe quel service hospitalier.

Les services d'aliénés peuvent, au point de vue de leur organisation scientifique, être divisés en deux grandes catégories: ceux où, par suite du nombre très élevé des malades, de l'insuffisance numérique et éducative du personnel, de l'absence de laboratoires, il est impossible de faire autre chose que de la simple assistance, et ceux où il est, pour des raisons opposées, permis au médecin de créer un milieu d'observation et d'expérimentation en même temps que de traitement. Si j'oppose ainsi ces deux types de services, ce n'est point que dans la réalité ils soient réellement aussi distincts ; et je sais bien que dans les asiles d'assistance, plus spécialement près des petits centres urbains, il est souvent possible, avec un peu de bonne volonté, d'appliquer en partie les procédés de surveillance générale et d'observation scientifique qui me paraissent obligatoires là où le médecin est, comme dans les asiles de la Seine, efficacement aidé par les Conseils départementaux et l'autorité administrative. Aussi j'ai pensé que les observations que je vais présenter sur l'organisation d'un service de traitement et d'enseignement pourront être lues avec profit par tous mes collègues.

Je vais donner ici le résumé de l'organisation du service que j'ai créé à l'asile de Villejuif, après avoir visité les principaux services d'aliénés d'Angleterre, d'Ecosse et d'Allemagne. Je me suis beaucoup occupé et je m'occupe encore beaucoup de méthodes générales de travail, de l'utilisation au maximum des matériaux d'un milieu hospitalier, de l'emploi du personnel infirmier dans l'observation médicale et les recherches scientifiques et des moyens de substituer le plus possible la mesure aux impressions subjectives qui sont, trop souvent encore, les procédés d'investigation des médecins et surtout des aliénistes.

I. — *Utilisation des faits d'observation.*

Le vice de la plupart des services hospitaliers, c'est une utilisation tout à fait insuffisante de la matière scientifique que re-

présentent les malades. On suit de plus ou moins près quelques patients, qui restent des cas isolés et sans grande signification, tandis que la masse des sujets qui pourraient servir à des recherches statistiques en vue de déterminer le mode d'évolution des grands processus morbides, est trop souvent négligé.

On sait encore peu de chose sur l'importance relative et même sur l'action des principales causes déterminantes des accès d'épilepsie, sur la durée des principales formes de manie ou de la mélancolie, sur les variations de la température avec l'agitation et du poids avec les troubles mentaux. Et ce sont là de gros faits faciles à observer, qui devraient être étudiés dans chaque grand service. C'est que les services ne sont pas organisés pour ce genre de recherches que l'on pourrait appeler la *démographie morbide*. Le médecin est un esprit plus ou moins scientifique capable de poursuivre une recherche sur un point particulier, mais il sait rarement organiser un service de manière que tous les faits soient classés, enregistrés et utilisés d'une manière régulière. Ce qu'il faut pour résoudre ces grands problèmes primordiaux et d'autres plus délicats dont l'étude viendra ensuite, c'est que tous les faits soient recueillis ; car il n'y a pas « de science du particulier », comme l'a dit justement Aristote. Tout travailleur qui n'applique pas cet aphorisme risque de construire d'ingénieuses hypothèses sur de simples anecdotes.

L'étude médicale doit actuellement porter sur un grand nombre d'individus. Souvent la seule observation suffit à révéler une loi. Quelquefois il faut avoir recours à l'expérimentation. Même si l'on est surtout guidé par des recherches de laboratoire, on sera toujours amené à faire des recherches et des vérifications sur le malade pour établir le rapport entre certaines lésions et certains syndromes. D'ailleurs, ne faut-il pas comparer le poids d'un cerveau à la taille d'un individu ? et comme tout patient peut devenir le sujet d'une autopsie, ne faut-il pas, par précaution — en dehors de bien d'autres considérations — prendre les tailles de tous les malades ?

A côté de recherches faites sur toute une série d'individus, il peut y avoir intérêt à parcourir des recherches parallèles sur le même individu examiné à différents moments de sa maladie. Dans les deux cas, les observations collectives ou individuelles sont donc nombreuses et doivent être régulières. Le champ de travail est immense.

Le médecin ne reçoit pas d'instruction professionnelle réellement pratique ; il est un demi-lettré d'origine et il évolue le plus souvent dans une sphère d'idées générales. Le métier lui manque,

et j'entends la connaissance exacte des instruments et des procédés d'investigation dont il est appelé à se servir comme aussi les méthodes qui permettent à l'observateur de se mettre dans de bonnes conditions pour observer ou provoquer les phénomènes et pour les interpréter rationnellement.

Tous les médecins se servent du thermomètre. Combien y en a-t-il qui ont bien présente à l'esprit l'idée qu'un instrument de ce genre doit être exact, qu'il faut donc le vérifier périodiquement, qu'il y a certains soins dont il faut l'entourer. Un thermomètre peut marquer 3/10 de degré en plus, un autre autant en moins. Si l'on prend une température tantôt avec l'un, tantôt avec l'autre de ces instruments, on peut avoir des variations de plus d'un 1/2 degré et parfois même davantage qui ne sont nullement en rapport avec des variations correspondantes de la chaleur du malade. Comment pèse-t-on les patients, comment recueille-t-on leurs urines, comment explore-t-on leurs sensibilités spéciales ? Le plus souvent sans méthode et sans critique suffisante. Je ne parle pas de l'examen mental qui est en ce moment dans l'enfance. Et après l'observation vient l'interprétation. Il faut savoir les conditions d'une bonne statistique, comment on établit des moyennes ; autant de connaissances qui sont bien souvent incomplètes. Un grand nombre de travaux faits par des esprits observateurs et de bon jugement n'ont aucune valeur, parce qu'ils ont été préparés sans connaissances techniques suffisantes et conçus avec de graves défauts de méthode.

Il est regrettable que toutes ces connaissances ne soient pas enseignées à l'Ecole ou du moins qu'on n'y reçoive pas l'orientation qui permette de les acquérir rapidement. Un grand nombre de médecins — même très instruits — souffrent beaucoup de ce défaut d'éducation première, qu'ils n'ont plus tard pas les loisirs, ni la patience de corriger. Il en résulte que lorsqu'ils ont un jour un service hospitalier — et je parle des hôpitaux comme des asiles — ils sont vite rebutés par un travail qui ne paraît donner aucun résultat saisissable. Il en résulte un prompt scepticisme alors qu'avec de la méthode on peut facilement faire des travaux féconds. Il y a si peu de choses mal établies et même pas recherchées, dans la médecine proprement dite. Un simple thermomètre, une balance peuvent permettre à un observateur d'intelligence moyenne de faire des recherches indéfinies, dont beaucoup sont nouvelles et dont toutes ont des applications générales.

Je suis persuadé que si la visite hospitalière paraît à certains médecins une besogne de médiocre intérêt, c'est qu'ils n'ont pas su en organiser les conditions pour la rendre intéressante. Et

je serais heureux si la lecture de ce petit travail donnait le désir de réaliser quelques-uns des desiderata que j'ai indiqués à mes collègues.

La meilleure éducation que les médecins, même hommes de laboratoire, aient à se faire consiste à s'astreindre à un travail méthodique, régulier. A ce point de vue, un service ne peut que gagner à être organisé d'après des procédés administratifs. J'entend par organisation administrative d'un service celle où tous les faits sont recueillis d'après des règles bien déterminées et classés avec la méthode et les moyens matériels en usage dans les bureaux. L'organisation administrative d'un service substitue des notes écrites aux renseignements oraux des surveillants et infirmiers. On verra d'ailleurs par la description que j'en ferai ce qu'est ce mode d'organisation.

II. — *Utilisation du personnel infirmier.*

Un second vice de l'organisation des services de malades, c'est l'inutilisation au point de vue médical et scientifique du personnel infirmier. Les hommes de science sont trop portés à croire que les opérations auxquelles ils se livrent ne peuvent être faites que par eux ou leurs élèves. C'est là une erreur que l'expérience démontre.

J'ai dans mon service une infirmière sachant seulement lire et écrire, qui fait sans aucune aide toute la série des opérations concernant les préparations micrographiques du système nerveux. L'autopsie du sujet étant faite, elle prélève des fragments de moelle et du cerveau, les fait passer successivement dans les divers liquides fixateurs, les inclut, les coupe, les colore, les monte de sorte qu'il n'est plus besoin que d'étudier les coupes. Elle fait ainsi des préparations considérées comme très délicates, par exemple celles de Nissl et celles de Weighert-névroglie.

Certainement il se trouve parmi des gens illettrés, comme parmi les autres, des individus plus ou moins intelligents, plus ou moins habiles, plus ou moins consciencieux. C'est au médecin à juger les plus aptes pour chaque besogne. Je serais porté à croire que les femmes sont plus capables que les hommes pour l'observation et les travaux de laboratoire. Elles seraient aussi plus consciencieuses, plus dociles et prenant leurs fonctions plus au sérieux que les hommes. Mais ce n'est là qu'une impression qui demanderait à être vérifiée par l'expérience. Le cas de mon infirmière micrographe n'est pas exceptionnel. Toutes mes surveillantes tiennent au jour le jour des observations graphiques,

auxquelles leurs occupations antérieures ne les avaient nullement préparées.

Ne voit-on pas d'ailleurs les opérations les plus délicates être faites par des ouvriers mécaniciens, physiciens, opticiens, photographes, etc. ? En quoi, la micrographie et la plupart des opérations de physiologie et de clinique sont-elles plus délicates que ces opérations industrielles qui ont pour but de produire des instruments de précision ? Toutes ces opérations constituent des métiers qu'un homme moyen, doit, après un temps d'apprentissage plus ou moins long, arriver à faire parfaitement. Ne voit-on pas d'ailleurs les garçons de laboratoire de physiologie répéter parfaitement les manipulations qu'ils ont vu faire ? Je crois — et je parle surtout des services de malades — que ces aides ne sont pas suffisamment utilisés.

J'ai souvent entendu dire par des médecins qu'ils ne se fiaient pas à des températures prises par un infirmier. Si cette phrase a un sens, elle ne peut signifier que ceci, à savoir que ce médecin n'avait pas confiance dans le caractère sérieux de son aide. Il n'avait, dans ce cas, qu'à le changer. Car à qui fera-t-on croire qu'un individu adulte, d'une intelligence moyenne, sachant lire, et n'ayant pas de troubles graves de la vue, n'est pas capable d'apprendre la théorie de l'acte qui consiste à prendre la température d'un malade et de l'exécuter après quelques fois, aussi bien que son médecin ? Quel est le métier, où le chef d'un atelier ne donne pas à ses ouvriers des besognes présentant des difficultés beaucoup plus grandes et qui se confient à ses ouvriers? L'ouvrier est obligé partout de faire un long apprentissage pour acquérir des connaissances délicates.

En attendant qu'il soit créé, ce qui serait très désirable, des écoles professionnelles d'ouvriers de science, destinés à former des garçons instruits et capables dans leurs manipulations, les physiciens, les chimistes, les physiologistes, les médecins, etc., c'est à chaque homme de science, de former ses aides. S'il ne savent pas l'aider, c'est qu'il n'a pas su les instruire. Il ne suffit pas de donner un ordre à quelqu'un, il faut encore lui enseigner le moyen de bien l'exécuter. Que de fois, j'ai vu dans des services et des laboratoires des médecins s'impatienter contre leurs aides et les juger incapables de les assister, alors qu'ils n'avaient pris aucune peine pour leur apprendre la manipulation qu'ils leur demandaient d'exécuter.

Un argument qu'on m'objectera probablement est qu'on ne pourrait avoir confiance dans un travail fait par un infirmier. Cet argument indique surtout de la part du chef un manque d'au-

torité ou d'esprit d'organisation. Est-ce que dans une industrie d'instruments de précision, le patron exécute par lui-même toutes les commandes? Ne s'en remet-il pas à des aides du soin de faire et de contrôler les instruments qu'il fabrique? Il doit en être ainsi dans un laboratoire et dans un service de malades. C'est au chef à choisir ses aides, à diviser la besogne selon les aptitudes de chacun, à faire que la besogne de l'un soit contrôlée par la besogne de l'autre, et surtout d'obtenir par les moyens à sa disposition qu'elle soit faite avec le plus grand soin. C'est en cela que l'action du chef est réellement effective. Il faut surtout qu'il puisse et veuille tout contrôler par lui-même et qu'il montre l'intérêt qu'il attache à toutes les opérations qu'il commande. Si un médecin fait prendre un grand nombre d'observations thermométriques et qu'il ne les examine que d'une manière distraite, ses aides auront bientôt fait d'apporter dans leur travail une négligence qui en enlèvera toute la valeur ; et cela est vrai pour tous les aides. Ce n'est pas tout de charger un interne de prendre des observations. Si on ne s'intéresse pas à cette observation, si on ne la lit pas devant l'interne, et si on ne la discute pas avec lui, en peu de temps ce dernier prendra sans soin — à moins qu'elles ne l'intéressent personnellement — les observations des malades.

Quelle limite doit être tracée à la collaboration scientifique des infirmiers et des garçons? D'abord il est rationnel de les charger de toutes les besognes qui sont de simples répétitions étendues à un grand nombre de faits ou d'individus. Il est certain que, dans ces cas, les petites fautes — au cas où il s'en produirait — ne pourraient avoir aucune action sur les résultats généraux des observations.

Ainsi la thermométrie, la pesée, la prise du pouls, sont incontestablement de leur ressort. Quand la technique d'une opération est bien déterminée, c'est au garçon à la refaire, quelle qu'en soit sa difficulté. Il en est ainsi de la micrographie et de la photographie. Ce qui appartient à l'homme de science, c'est d'abord l'interprétation des faits. Et en effet la science ne consiste pas à faire de jolies coupes micrographiques, mais de découvrir, à l'aide d'elles, les lésions correspondant aux maladies. Il est à peine besoin de dire que l'homme de science doit connaître le métier de toutes les manipulations qu'il confie à ses aides. Mais il doit se débarrasser sur ses aides de tout ce qui est besogne matérielle. En second lieu, l'homme de science doit chercher des méthodes nouvelles. Même dans ses recherches, il peut se faire aider, mais en suivant tous les détails de l'opération, qui peuvent lui suggé-

rer des idées. C'est à lui à étudier par lui-même certains malades, car seul il peut bénéficier de certaines observations particulières. D'une façon générale tout ce qui est travail de répétition appartient au garçon ou plus justement à l'*ouvrier de laboratoire*.

Quel rôle a dans cette organisation un interne? Il est impossible à définir en général. S'il ignore la technique d'une manipulation, il faut d'abord qu'il l'apprenne en la répétant un grand nombre de fois comme l'infirmier. Quand il la connaît, il peut faire des recherches personnelles, comme le chef de service. Pour les observations répétées, l'interne n'est pas un aide meilleur que l'infirmier, parce que, dans cette besogne, l'instruction générale ne rend pas meilleures les observations. Seule l'exactitude importe ; et, à ce point de vue, l'idéal serait la machine. Aucun organisme vivant ne prendra plus exactement une température qu'un thermographe. Je serais même porté à croire qu'un infirmier n'apportant aucune idée préconçue, ayant plus de patience et plus de temps prendra des observations plus exactes que l'interne et que le médecin lui-même. Enfin, l'infirmier est un auxiliaire stable, tandis que l'interne ou l'élève est temporaire. Le premier est donc l'artisan naturel de toutes les recherches ayant un caractère de durée.

L'aide que le médecin peut trouver dans le personnel de surveillance n'est pas limitée à l'observation médicale et scientifique des malades. Elle doit s'étendre à l'utilisation des documents. Toutes les études portant sur un grand nombre de malades, ce que j'ai appelé la démographie morbide, aboutissent en dernier lieu à des séries de chiffres dont il faut tirer des moyennes. C'est là un travail absorbant qui peut être confié à un comptable. Quand les opérations numériques sont faites, il est bon de mettre le résultat sous forme graphique. Dans mon service, c'est ma surveillante en chef qui se charge de ce travail qu'elle accomplit avec beaucoup de soin, d'exactitude et d'intelligence.

Enfin, pour pousser le système jusque dans ses dernières limites — bien éloignées de nous — il serait utile qu'il y eût un rédacteur attaché à un service. Ce dernier aurait pour fonction de mettre sous une forme correcte les explications données oralement par le médecin et devant présenter les tableaux graphiques et les résultats des expériences du service ; car toutes les recherches sont destinées à constituer une publication, dont les dépenses devraient être à la charge de l'établissement hospitalier où ces travaux sont poursuivis. Ils devraient être envoyés gratuitement aux établissements d'instruction supérieure, à la presse médicale et aux savants qui le demanderaient.

III. — *Intérêt de la visite.*

Un troisième vice de la part des services médicaux, c'est que la visite n'est pas suffisamment attrayante. Le nombre des malades rebute l'esprit du médecin qui se sent découragé en face de cette masse de patients qu'il désespère d'arriver à connaître suffisamment pour s'intéresser à eux. Aussi, pour rémédier à cela, j'ai divisé les 400 malades de mon service en un quart placé en trois salles de surveillance continue (malades aigus et autres réclamant des soins médicaux fréquents) et en trois autres quarts placés dans les dortoirs ordinaires (chroniques et incurables exigeant moins de surveillance). Après avoir traversé les diverses parties de mon service, préalablement visitées par l'interne, je fais tous les jours à fond une des salles de surveillance. Ma visite devient donc une visite d'hôpital. La besogne étant ainsi morcelée et le travail de tous les jours étant bien réglé, j'éprouve le sentiment agréable, qui n'est d'ailleurs peut-être au fond qu'une illusion, d'épuiser tous les jours mon programme. Ce sentiment constitue en particulier un excitant de travail qui est des plus utiles.

Toutes les observations faites sur les malades se transforment jour par jour en tableaux graphiques. Je suis donc l'histoire de mes malades sous la forme d'éléments concrets propres à renouveler tous les jours les excitants de mon attention. Cela présente aussi l'avantage de suivre, au moment où elles se produisent, les modifications parallèles, physiques et mentales des patients et de pouvoir ainsi plus facilement rechercher les rapports qui les unissent.

***

En résumé, j'ai essayé et je crois avoir réussi, de parer à trois vices principaux des grands services de malades et notamment d'aliénés. J'ai fait coïncider la surveillance ordinaire des gardiens avec la surveillance proprement médicale. J'ai transformé mes surveillantes en aides scientifiques, et je leur ai délégué, comme cela se fait dans l'industrie, le travail médical, dès que la recherche était un acte de répétition. Le service devient ainsi une sorte de ville dans laquelle les opérations de recensement ont lieu continuellement. En agissant ainsi, j'ai transformé un service en un laboratoire de recherches d'une très haute utilité scientifique, en même temps que mes aides, forcés d'observer minutieusement leurs malades, les connaissaient mieux, s'informaient davantage de leurs besoins et prévenaient plus facilement les abus. Au total, c'est donc les malades qui sont les premiers bé-

néficiaires de cette organisation. Car l'établissement d'un traitement mieux approprié et par conséquent une amélioration plus rapide, et dans tous les cas, une plus grande liberté sont les conséquences d'une meilleure connaissance des aliénés. Enfin, j'ai rendu très aisé le fonctionnement de cette machine d'apparence un peu compliquée et je me suis efforcé que son fonctionnement même tienne sans cesse en haleine mon attention et m'intéresse à mes recherches scientifiques et par conséquent aux malades dont j'ai la charge.

Dans de prochains articles j'entrerai dans le détail de cette organisation, dont la nouveauté et l'utilité peuvent apparaître dans un article de considérations générales. Je montrerai comment je suis arrivé à établir des méthodes de mesure pour les principaux phénomènes (sensoriels, psychologiques, vésaniques, etc.) qui constituent proprement la matière de la pathologie mentale, et par exemple pour l'agitation des malades traitées par l'alitement ; je donnerai le fac simile des formules que j'emploie et les résultats déjà acquis de mes recherches sur ces divers points, et notamment sur la mesure des différentes sensibilités.

LECTURES ETRANGÈRES

Clinique psychiatrique de l'Université de Naples.

SUR LES IDÉES FIXES.

Leçon du professeur L. Bianchi.

Traduite par F. Farnarier, Interne des Asiles de la Seine (1).

Nous nous occuperons aujourd'hui des idées fixes ou obsessions. L'obsession est constituée par une conception psychique irrationnelle, à base asthénique et d'ordinaire émotive, déterminée, le plus souvent, par une perception inassimilable qui, sans désagréger la personnalité, reste implantée comme un élément étranger dans le champ de la conscience.

L'obsession reparaît d'ailleurs dans des conditions d'existence identiques, avec tout son cortège d'émotions, toujours en lutte avec la conscience qui finit d'ordinaire par succomber, après avoir épuisé peu à peu tous ses moyens de défense. Quant à la nature des obsessions, je ne saurais vous en donner une idée plus précise qu'en empruntant une comparaison à la pathologie

(1) Cette leçon a été publiée in extenso dans « *la Clinica moderna* » (anno IV, nos 51-52). Nous avons dû y pratiquer quelques coupures, pour l'adapter au cadre de cette Revue. (*Note du traducteur.*)

générale : un organisme ne peut vivre et évoluer que tant qu'il a le pouvoir d'assimiler, de désassimiler et d'éliminer promptement. Partout où ces conditions ne sont pas rigoureusement remplies, la vie n'est pas possible, ou elle est déviée et raccourcie.

Ce n'est pas autrement que les choses se passent dans le domaine de la vie mentale. Un esprit bien organisé doit, parmi les nombreux apports sensoriels, choisir et assimiler ceux qui lui sont utiles, et éliminer ceux qui lui sont nuisibles, ou seulement inutiles. Des millions de stimulus et d'impressions qui viennent frapper les sens et les centres percepteurs, aucun n'est perdu ; et si une partie seulement en devient utilisable et reste toujours vivace et facilement évocable par la conscience, c'est que le reste est mis de côté, enseveli dans le chaos de l'inconscient, d'où certains troubles pathologiques le tirent parfois. Dans les mentalités mal organisées (hérédité morbide,ou autre influence dégénérative), il peut arriver que le processus d'échanges psychiques soit troublé, et qu'un élément psychique destiné à passer transitoirement dans le champ de la conscience pour tomber dans l'inconscient, y reste au contraire sans être éliminé. Ces éléments psychiques non éliminés sont les obsessions ; une fois installées dans le champ de la conscience, elles y demeurent comme produits inassimilables, étrangers aux échanges mentaux qu'elles troublent et ralentissent. La personnalité psychique en sent péniblement la présence, supporte le pesant fardeau de ces envahisseurs tyranniques, et, malgré son infériorité, cherche à s'en débarrasser, sans autre résultat que d'en augmenter la puissance.

Certaines conditions qui révèlent la nature morbide du terrain, sont nécessaires pour que l'on puisse parler d'obsession.

Ces conditions sont :

1° Une émotivité exagérée, qui arrête l'essor des idées de défense dans la conscience, et offre en outre aux stimulus extérieurs un terrain plus impressionnable ; où l'émotion elle-même et les images qu'elle contient persistent plus longtemps.

2° La faiblesse acquise ou congénitale de l'organisme mental. Cet état de faiblesse agit d'abord par la rareté des idées ou émotions de défense, et ensuite en rendant moins vivaces et moins actives celles qui ont pu néanmoins surgir.

Pour que l'on puisse parler d'idées fixes ou d'obsessions, il faut en outre cette dernière condition essentielle, que ces idées soient inassimilables par la personnalité au moment où elles prennent naissance, c'est-à-dire qu'il y ait lutte continuelle entre elles et la conscience : les idées fixes sont des hôtes importuns dont la personnalité consciente voudrait se débarrasser, parce qu'elles sont irrationnelles ; elle ne peut y réussir, quoi qu'elle fasse.

C'est en cela seulement que consiste la différence essentielle entre les idées fixes et la paranoïa ; et je crois que c'est une confusion fâcheuse que de classer les idées fixes dans la paranoïa, comme l'ont fait Kirn, Kraft-Ebing, Arndt, Morselli, Spitzka (ce der-

nier les décrit sous le nom de monomanie abortive, correspondant à la paranoïa rudimentaire de Arndt et de Morselli). En effet, dans la paranoïa, il y a transformation de la personnalité dans le sens de l'idée délirante. Celle-ci, assimilée par la conscience, lui imprime ses propres caractères, et modifie les rapports sociaux dans le sens du délire.

Dans la maladie des idées fixes, au contraire, la personnalité ne subit aucune transformation, sauf la dépression due au despotisme d'idées et d'émotions reconnues absurdes, et à l'inefficacité de la lutte soutenue pour s'en débarrasser.

Nous verrons plus loin si les idées fixes peuvent se transformer en idées délirantes, et si l'on peut alors parler de paranoïa.

Pour le moment, tenons-nous-en à la conception de Morel, et cherchons à en déduire le mécanisme de l'obsession.

La majorité des auteurs accordent une grande importance à l'émotivité.

L'émotion, en fait, subjugue le processus idéatif à l'image qu'elle évoque, et condense l'attention presque exclusivement sur cette image et sur l'idée qui en découle ; cette idée, par suite, tend à s'implanter dans sa conscience et à y déterminer une condition statique émotive. Pourtant, on ne peut nier le fait bien mis en lumière par Tamburini et Magnan, que souvent l'idée surgit sans accompagnement émotif, comme un spasme tétanique d'un point du champ intellectuel, l'émotion naissant ultérieurement de la vivacité insolite de l'idée et d'une espèce de shock que son apparition détermine dans la conscience ; et plus tard, enfin, de l'arrêt des idées et de l'inefficacité de la lutte soutenue par la conscience pour se débarrasser de l'obsession. — Donc, tout en admettant que l'émotion accompagne toujours à un certain degré l'idée fixe (quand toutefois cet état émotif ne constitue pas à lui seul la condition statique pénible de la conscience), nous retenons qu'il y a des cas dans lesquels la maladie émane directement de la sphère intellectuelle, et s'accompagne ultérieurement d'émotion ; et que dans d'autres cas, comme l'ont montré Pitres et Régis, l'émotion s'atténue à mesure que la maladie se développe, envahissant plus profondément la sphère intellectuelle.

Quelques auteurs pensent que la maladie consiste en une faiblesse de la volonté. Il me serait facile de vous démontrer l'invraisemblance d'une telle hypothèse. Qu'il me suffise de vous rappeler que le processus idéatif et l'association des éléments du patrimoine intellectuel sont réglées par des lois auxquelles la volonté est étrangère.

La doctrine de Ribot, que la maladie des obsessions est une hypertrophie chronique de l'attention, ne me paraît pas plus heureuse. Chacun peut se convaincre, en effet, que l'obsession n'est qu'un état d'esprit secondaire, forcément consécutif à l'apparition, dans la conscience, d'un groupe d'images ou d'états émotifs qui la surprennent et la subjuguent. En d'autres termes, l'idée fixe qui

surprend la conscience, surtout si elle s'accompagne d'un état émotif, force sur elle l'attention dont l'hypertrophie est ainsi effet, et non cause, de la maladie.

Les conditions indispensables, fondamentales pour la production de l'idée fixe, sont donc la faiblesse mentale, congénitale (phrénasthénie héréditaire) ou acquise (neurasthénie), et le contraste dans la conscience émotionnée entre le tyrannique envahisseur et la personnalité ; c'est la lutte inefficace de tous les moyens de défense de la conscience contre ce nouveau despote ; c'est la concentration excessive de l'esprit obligé de fournir des satellites au nouvel astre, qui de son aveuglante lumière tend à obscurcir toutes les autres constellations qui constituaient le système mental de la personnalité.

Tous les produits psychiques peuvent donner lieu à des obsessions. Aussi en donnerai-je la classification suivante :

Obsessions émotives.
— idéatives.
— impulsives.

Ce n'est pas là une distinction rigoureusement psychologique, car dans chaque groupe on trouve à la fois, mais en proportions variables, des éléments émotifs, idéatifs et moteurs. La distinction est justifiée seulement par la prédominance d'un des éléments constitutifs de chaque groupe.

Les émotions obsédantes se distinguent elles-mêmes en répulsions ou phobies et en désirs impératifs.

Les phobies sont générales (panophobies) ou ne portent que sur un objet déterminé.

Je reconnais, avec la majorité des auteurs, la nécessité de ranger parmi les obsessions la folie du doute ; mais entendons-nous : Je n'ai pas vu un seul malade obsédé, qui n'ait été, dans le plus grand nombre des circonstances de la vie, incertain et douteur. Le doute est la conséquence fatale de l'insuffisance du pouvoir perceptif et représentatif, du manque de mémoire et de jugement, qui caractérisent les états de faiblesse congénitale ou acquise. Il est un effet inévitable de l'inefficacité de la lutte entre la volonté et le nouveau maître de la conscience. Aussi, comme phénomène secondaire, ne constitue-t-il pas une maladie à part. Mais, dans certains cas, le doute est par lui-même une obsession. Tel malade craint d'avoir écrit des choses nuisibles à ses intérêts ou à ceux d'autrui dans une lettre qu'il vient de mettre à la poste ; un autre craint de s'être compromis en écrivant à un homme politique ou à un magistrat ; un autre se désespère, se demandant s'il n'a pas proféré des paroles peu respectueuses pour la divinité ; un autre est torturé par le doute d'avoir bien fermé sa porte avant de se mettre au lit.

Dans tous ces cas, le tourment vient du doute, que les malades eux-mêmes reconnaissent irrationnels, et qui persiste cependant ;

il est dû à une véritable insuffisance du pouvoir représentatif synthétique. Ces malades se rappellent n'avoir pas prononcé les paroles offensantes, n'avoir pas écrit les phrases compromettantes, n'avoir commis aucune grosse faute, mais ils n'ont pas une représentation claire de leurs propres actes et de la façon dont ils les ont accomplis.

Le doute est donc tantôt un phénomène commun, vulgaire, de la constitution neurasthénique, tantôt au contraire un état morbide vraiment caractérisé.

Les obsessions systématisées, avec anxiété et peur, se rapportent aux diverses modes de la sensibilité, tant générale que spéciale. La sensibilité tactile, le sens de l'espace, les sensibilités thermique, musculaire, optique, cénesthétique, etc., fournissent des formes diverses de phobies.

Pour la sensibilité tactile, les prototypes sont la rupophobie et la misophobie (peur de la souillure). Ce sont les individus jeunes, de sexe féminin, de la classe aisée, qui sont les plus sujets à cette forme de phobie. Ils craignent de se salir au moindre contact, ne donnent pas la main, s'asseyent rarement, se lavent chaque fois que, pour une raison inéluctable, ils ont dû toucher à quoi que ce soit, même à leurs propres habits ; ils passent ainsi des heures à se laver. Une jeune fille distinguée, près de laquelle je fus appelé en consultation, ne se mettait pas à table avant de s'être lavée 14 ou 15 fois, et restait à sa toilette de 8 heures du matin jusqu'à l'heure de déjeuner. Elle prenait avec beaucoup de peine ses vêtements, en surmontant une répugnance anxieuse à les toucher ; mais à peine les avait-elle pris du bout des doigts qu'elle était obligée de se laver et, à peine essuyée, retournait se laver.

De tels malades ont de la répugnance à changer de linge, et en arrivent ainsi parfois à la saleté (par contraste).

Pour le sens de l'espace, on connaît bien l'agoraphobie, la claustrophobie, l'acrophobie. Dans tous ces cas, la perception des rapports d'espace est perdue. Le malade atteint d'agorophobie a peur des espaces étendus ; s'il arrive sur une place, il est pris d'une extrême angoisse, a des sueurs froides, des palpitations ; dans quelques cas plus graves, il s'affaisse sur lui-même et tombe comme frappé de lipothymie s'il n'est pas soutenu. Si pour ses affaires il doit traverser une place, il préfère prendre des chemins détournés, ou bien il se fait accompagner. Au bras d'une personne amie il se sent plus sûr, et affronte le péril. Une canne le rassure un peu. — Une angoisse analogue étreint ceux qui ont la phobie des lieux fermés, chaque fois qu'ils se trouvent dans une chambre, un théâtre, une église, ou encore en wagon, sitôt que la portière est fermée et la locomotive en marche.

Toutes les perceptions sont matières à phobies : les métaux (métalloph.), l'eau (hydroph.) le verre, le velours, le rouge, le sang, les cavavres, les poisons (ioph.), les aiguilles (belénoph.), les précipices,

(eremnoph.), les rivières (potamoph.), les éclairs et les orages astroph.).

Un garçon de 14 ans avait une peur extraordinaire des poupées. Il appartenait à une famille lourdement tarée et n'avait pas dépassé les limites de la plus modeste intelligence. L'image des poupées lui causait une grande terreur. Quand il passait par les rues de la ville, il quittait ses amis qui prenaient le trottoir, et suivait la chaussée, de peur de passer près d'une boutique où seraient exposées des poupées. Je voulus m'assurer de cette étrange phobie. J'invitai l'éminent confrère qui m'avait présenté le malade à entrer dans mon salon où j'avais mis en évidence sur un fauteuil une grosse poupée d'une de mes filles. Je feignis de vouloir montrer un tableau, d'accord avec le confrère. et l'enfant nous suivit sans défiance. Quand il fut près du fauteuil, il jeta un cri, devint pâle et s'élança vers la fenêtre, où nous fûmes à peine à temps pour l'éloigner, et le ramener à l'étude, en proie à la plus vive émotion. Si j'étais désireux de baptiser les phobies non encore décrites, j'aurais pu nommer celle-là pédiophobie, mais ça n'en vaut pas la peine.

Quelquefois les peurs irrationnelles se représentent seulement à de certaines occasions, par exemple à la vue d'un objet déterminé, ou dans certaines circonstances particulières. Telles phobies sont très communes ; elles ont moins le caractère pathologique, parce qu'elles laissent en repos ceux qui en sont atteints, tant que la cause évocatrice ne se reproduit pas. Néanmoins on en peut reconnaître la morbidité par leur absurdité et l'intensité de la réaction qu'elles provoquent.

Parfois ces phobies ont le caractère professionnel, et se rapprochent, comme l'a judicieusement observé Bérillon, des dyskynésies professionnelles. En voici quelques exemples :

Un jeune prêtre, qui peut accomplir tous les autres devoirs du culte, est pris d'une vive émotion en montant en chaire (Berillon). — Un pharmacien souffre une véritable torture chaque fois qu'il exécute une ordonnance prescrivant des substances toxiques, tant il craint d'empoisonner son client. — Un artiste, qui avait cependant devant lui une brillante carrière, est obligé d'abandonner les planches à cause de l'angoisse qui l'étreint chaque fois qu'il paraît en public. — Des mécaniciens de chemin de fer sont pris d'une forte anxiété à la seule vue des machines à vapeur (sidérodromophobie de Riegler). — Un distingué chirurgien de Paris est assailli, chaque fois qu'un malade quitte son cabinet avec une prescription, par la crainte d'avoir ordonné des doses toxiques, etc...

Les désirs constituent un groupe d'émotions analogues aux phobies. Tous les auteurs qui se sont occupés de la matière ne leur ont pas attribué l'importance qu'ils méritent. Ils constituent, en somme, le pôle opposé à la répulsion dans l'ellipsoïde de l'esprit : alors que la phobie tend à s'éloigner, le désir tend à se rapprocher de l'objet qui le fait naître et, dans les deux cas, on observe les

mêmes phénomènes émotionnels, et la gradation des sentiments est exactement la même depuis l'indifférence jusqu'aux plus épouvantables tempêtes de l'âme, que le sujet ne puisse s'éloigner de ce qui lui répugne, ou atteindre ce qui lui plaît.

Voici un exemple entre mille.

Il y a quelques années, je fus consulté par une dame qui, à cette occasion, était venue en toute diligence de Sicile à Naples, accompagnée de son mari. Elle était jeune mariée, appartenait à une famille névropathe, et présentait elle-même des stigmates non douteux de dégénérescence anthropologique et de faiblesse mentale. Elle avait souffert à la puberté, pendant quelques années, de misophobie, et ne s'en était pas complètement débarrassée. Peu de jours après son mariage, elle fut sans doute agréablement impressionnée par certain bruit produit par son mari. De ce moment, elle fut vaincue du désir impérieux de l'entendre de nouveau, et pria, supplia son mari de répéter un aussi harmonieux motif. — Le pauvre homme, fort surpris, put cependant la contenter une deuxième fois ; mais l'excitation augmentait, la dame s'agitait, avait des sueurs froides et menaçait de tomber en convulsions si son désir n'était pas satisfait encore par le malheureux homme. La scène se répétait tous les soirs quand ils se mettaient au lit.

Vous le voyez, Messieurs, les désirs, comme les phobies, peuvent être les plus divers et les plus extravagants, et il n'y a pas à se préoccuper de donner des noms à de telles manifestations.

Il y a, pourtant, une catégorie de faits bien connus, qui ne sont pas classés par tous les auteurs parmi les obsessions, et qui consistent en désirs invincibles que certains dégénérés, névropathes héréditaires ou accidentels, éprouvent pour des substances alcooliques ou des médicaments dont ils ont obtenu une fois quelque avantage. Je veux parler de la dipsomanie, de la morphinomanie, de la cocaïnomanie, de la chloralomanie, de la zincomanie, de l'antipyrinomanie, et de tant d'autres dont le nombre augmente tous les jours en raison des progrès de la pharmacologie.

Tous ces sujets reconnaissent le mal qu'ils se font, veulent s'émanciper de la tyrannie de leur étrange maître, mais le désir est toujours plus puissant que leur volonté, la lutte est inefficace. — Les morphinomanes, chloralomanes, cocaïnomanes se soumettent tous ; ce sont des obsédés comme les phobiques ou les dipsomaniaques ; le contenu de l'émotion obsédante diffère seul.

Nous allons maintenant décrire un autre groupe d'obsessions, les impulsions obsédantes ou idées impulsives. Ce sont des idées à contenu moteur, qui se présentent dans le champ de la conscience, soit directement, soit par loi de contraste, et possèdent une tendance irrésistible à se traduire en actes. Dans la même catégorie nous rangerons les impulsions suicides et homicides. Vous connaissez déjà les causes et le mécanisme du suicide dans la mélancolie, et de l'homicide dans les diverses phrénopathies :

épilepsie, paranoïa, folie morale, etc... L'obsession est bien différente : l'idée de suicide surgit et s'environne bientôt de son cortège d'impulsions motrices ; la conscience se révolte, et met en œuvre tous ses moyens de défense ; ici, la mélancolie est consécutive à l'âpreté de la lutte, à la crainte de succomber, à la peur angoissante que l'impulsion se traduise en acte (Wille, Legrand du Saule). Tout aussi caractéristique est l'impulsion homicide ; un exemple suffira : Un jour je vis arriver à ma consultation particulière, un homme de grande taille, pâle, maigre, aux yeux noirs et félins, au nez aquilin. Dans l'ensemble, une physionomie effrayante et grotesque. Invité à s'asseoir et à m'exposer ses souffrances, il se mit tout près de moi, et me dit : « M. le Professeur, je serai bref. Depuis 3 ans je n'ai pas de repos ; une pensée terrible, dont je n'ai pu me délivrer par aucun moyen, me brise l'âme et me torture ; c'est l'idée fixe de frapper, de tuer quelqu'un, idée qui me donne à la fois tant de volupté et un si grand tourment. Je ne dors plus, je ne mange plus, je ne puis plus travailler, rien ne me tente, j'ai la vie en horreur. Je me débats en vain ; je crains dans un moment de faiblesse de compromettre avec moi tout l'honneur de ma famille...» (en disant cela il s'excitait de plus en plus, un frisson passait par ses membres, ses yeux brillaient, et il se rapprochait de moi peu à peu, si bien que je n'eus que le temps de me mettre en position de défense.)

La lutte dans la conscience est d'autant plus vive et plus pénible que l'acte suggéré par l'obsession est plus horrible. Quand au contraire, les obsessions impulsives ont un contenu banal, elles sont rapidement traduites en actes, et l'on ne trouve presque pas trace de lutte, sauf dans l'angoisse due à la difficulté matérielle d'accomplir l'acte lui-même. C'est ainsi que l'un a l'obsession de compter toutes les fenêtres d'un palais devant lequel il passe (Napoléon en fut atteint, paraît-il) ; un autre, tous les reverbères de la rue qu'il traverse ; s'il se trompe il est pris d'angoisse, revient sur ses pas pour recompter. Un troisième doit compter tous les livres contenus dans une bibliothèque, ou les lettres que renferme telle phrase, etc., (arithmomanie). D'autres cèdent à l'obsession de prononcer des mots, le plus souvent orduriers ou ridicules, en parlant avec des personnes d'importance (cochon, merde). A cette obsession, qui peut verser à l'automatisme, on donne le nom de coprolalie — à la longue il s'y adjoint souvent un tic.

Jusque là, à un degré plus ou moins accentué, nous avons trouvé trace de lutte entre l'obsession et la conscience. Mais les plus frivoles, dont le contenu n'entre pas en lutte dans la conscience avec les sentiments moraux, deviennent des actes automatiques ; il n'y a plus obsession, mais tic. A cette catégorie appartiennent les obsessions musicales bien décrites par De Sanctis. Elles affectent des individus qui, après avoir entendu un motif, une mélodie, sont poussés à le répéter constamment. Rien ne peut les en empêcher et calmer l'impulsion au chant.

Encore une obsession impulsive que l'érythrophobie, ou impulsion à rougir.

De même nature encore est la peur d'avoir à satisfaire certains besoins quand on entre quelque part, surtout chez des étrangers, au théâtre, à l'église. La peur que le phénomène se produise le provoque ; l'intestin se met en mouvement et la débâcle, représentée tout d'abord par une image cénesthétique, se produit irrésistiblement. La mémoire du fait et la peur de le voir se renouveler se représentent continuellement à l'esprit, jusqu'à prendre le caractère d'obsession. — On pourrait appeler cela coprophobie.

Je ne l'ai observé que deux fois chez des hommes adultes.

Il y a d'autres obsessions qui ne dépassent pas les limites de la zone intellectuelle ; parmi elles l'onomatomanie (Charcot et Magnan), particulièrement fréquente. C'est la recherche angoissante d'un nom ou d'un mot avec ou sans impulsion à le répéter, quand on l'a trouvé. Le plus souvent il y a crainte anxieuse de ne pas le trouver, on pourrait parler d'amnésiphobie. Il arrive souvent, même aux gens normaux, que quelque nom ne revienne pas en mémoire en temps opportun, et se représente plus tard, soit spontanément (travail inconscient), soit par une concentration excessive de la volonté ; en pareil cas, un nuage pénible obscurcit passagèrement le champ de la conscience. Chez les obsédés l'angoisse est intense, l'esprit se concentre dans la recherche du mot oublié; et même celui-ci retrouvé, la peur subsiste de ne pouvoir l'évoquer de nouveau plus tard, et le malade passe ses journées à le répéter mentalement.

D'autres fois, ce sont des questions philosophiques qui s'implantent ainsi dans la conscience comme un perpétuel point d'interrogation. « Existe-t-il un Dieu, et qui l'a créé ? » Ce sont là les idées obsédantes.

Dans un groupe de cas assez fréquents, ces idées obsédantes ont un contenu hypochondriaque. Une dame qui a le bonheur de posséder une superbe chevelure blonde, conçut l'idée, qu'elle-même déclarait incompatible avec les faits, que ses cheveux tombaient et que ceux qui restaient devenaient raides comme des crins. Cette idée dont elle s'efforçait de se débarrasser fut le tourment de toute sa jeunesse. Elle se lamentait, se désespérait, se nourrissait à peine, restait des semaines entières enfermée chez elle. Je la vis quelques années après le début de la maladie, et aussitôt elle me demanda s'il était vrai que sa chevelure fût changée en crins (paranoïa rudimentaire.)

Comme vous le voyez par ce bref exposé, les phobies et les obsessions sont presque toujours le résultat de perceptions qui tombent sur un fond émotif morbide. Que leur contenu soit vasomoteur (comme dans l'érytrophobie) ou idéatif, elles sont toujours représentées par un fait mental banal, emprunté au monde extérieur, et contrastant avec la conscience, dont il trouble la manière d'être par son intensité et sa persistance.

La lutte avec la conscience montre parfois la personnalité sous un jour nouveau. Aussi, certains auteurs (Seglas) ont pensé que l'obsédé avait double personnalité, ce qui ne répond pas à la réalité des faits.

Brener et Freund, Janet décrivent « des idées fixes subconscientes ». Ces idées ne se manifestent que dans les accès hystériques, les songes, les accès somnambuliques. Elles restent hors la conscience à l'état normal ; je parle d'idées, mais il peut s'agir aussi de jugements, de peurs, d'impulsions. Une hystérique de Janet répétait à chaque accès : « Mon mari, mes pauvres enfants, cette pauvre Jeanne qui.... » Quelquefois ce sont des hallucinations qui se répètent et reproduisent une scène terrifiante survenue quelque temps auparavant. Une hystérique soignée par moi avait à chaque accès l'hallucination d'un homme noir qui entrait par la fenêtre, lui causant une grande peur. — D'ordinaire il y a amnésie.

Je ne veux pas trop m'étendre sur ces phénomènes qui ont tant d'analogues, dans l'état normal, et qu'il y aurait grave erreur, selon moi, à ranger parmi les idées fixes. Etant données les limites bien naturelles du domaine des idées fixes, étant donné le signe caractéristique constitué par la lutte et les états émotifs dans la maladie dont nous nous occupons, je me refuse à admettre la théorie de Janet, destinée à apporter la confusion dans le tableau clinique des idées fixes. Celles-ci sont une maladie de la conscience ; celles-là une manifestation de l'inconscient.

Retournons, après cette brève digression, aux obsessions dont je veux indiquer encore quelques particularités. Parmi celles-ci il faut noter le caractère de certaines phobies, que Morselli, fort à propos, distingue en égoïstes et altruïstes. J'en citerai seulement quelques exemples. Une fillette craint d'avoir prononcé des paroles peu respectueuses envers des personnes de sa connaissance qu'elle aime et estime. — Un garçon de 9 ou 10 ans que je soigne a bien soin de ne pas passer près d'une table où sont des livres ou près d'une bibliothèque, dans la crainte, qu'il reconnaît lui-même absurde et morbide, que les livres ne tombent sur son dos. Mais la peur anxieuse est encore plus vive quand des personnes autres que lui s'approchent de la table ou de la bibliothèque. — Un jeune homme a peur des contacts, non pas pour lui-même, mais par crainte de souiller et d'infecter les autres, et s'il ne donne pas la main, ce n'est pas par peur de se salir, mais par peur de causer préjudice aux autres.

Les idées fixes peuvent-elles s'accompagner d'hallucinations et devenir délirantes ?

Morel avait noté que les idées fixes ne s'accompagnent pas d'hallucinations, et Falret y a insisté au Congrès de 1889. Cela est vrai en général, et des psychiatres d'une pratique longue et étendue n'ont jamais observé cette association. Pourtant, il existe des observations qui, pour exceptionnelles qu'elles soient, enlèvent le caractère de loi absolue à l'absence de troubles sensoriels. Ste-

fani, Seglas, Catsaras, Mirto, Féré, Wernicke, Pitres et Régis en ont fait connaître.

Un de mes malades, atteint d'une grave misophobie dont le lait et le beurre constituent les principaux objets, croit voir continuellement des points blancs de lait ou de beurre à la pulpe de ses doigts ; souvent,tout en causant il s'accroupit sur le plancher et montre du doigt un point blanc ; il appelle alors désespérément son domestique pour lui faire enlever ce point imaginaire.

Quand il est seul, il passe des heures courbé sur le parquet à la recherche de points blancs ou jaunes qu'il trouve parfois ; il court alors se laver et revient se mettre ensuite à sa désolante recherche, tout éploré à l'idée que pareilles substances puissent se trouver dans sa chambre. Les hallucinations dans ce cas ne sont que la projection périphérique du contenu phobique et des images qui lui sont étroitement liées.

Il n'est pas impossible que ce doute atroce qui tourmente ceux qui craignent d'avoir prononcé des paroles offensantes pour la divinité, dépende d'hallucinations verbales subconscientes. En général,leur présence dénonce une plus grande gravité de la maladie.

J'ai rappelé au début de la leçon les raisons pour lesquelles on ne devait pas confondre les idées fixes avec le délire systématisé, et les différences essentielles qui les en séparent. Je crois aussi que la dénomination de paranoïa leur convient peu, car ce terme implique l'idée de transformation de la personnalité.

Il arrive cependant que l'idée fixe se transforme en idée délirante et devienne le noyau d'un ensemble de phobies, de conceptions et jugements faux. — Je résume les traits généraux d'une observation fort intéressante à ce point de vue.

Un jeune homme de la haute société, gravement chargé au point de vue héréditaire, commence à être obsédé à 20 ans. Il ressent une vive impression de dégoût à la vue d'une tache d'huile qu'il aperçoit sur des papiers. Il a dès lors une vive horreur pour les corps gras et évite de toucher quoi que ce soit, de peur de trouver un objet souillé de graisse. Il fait enfermer dans une chambre spéciale les papiers souillés de peur que quelqu'un les touche et transporte involontairement la graisse sur d'autres papiers ou des livres, ce qui, selon lui, serait fort grave. — Quelques années après, ses peurs absurdes s'étendent au beurre.

Du beurre au lait, du lait aux animaux qui le produisent (chèvres ou vaches) la répugnance morbide s'étendit rapidement. C'est pour lui un moment de suprême angoisse que le passage d'une vache ou d'une chèvre sous sa fenêtre. Il évite pendant des mois une rue où il avait vu passer une vache. Il ne sort pas de sa maison ponr ne pas franchir quelques degrés où il sait qu'a passé une chèvre. Au début, il reconnaissait l'absurdité de ces émotions. Il discutait longuement son angoisse avec moi, mais il lui était tellement subjugué que rien ne réussissait à lui rendre le

calme. Depuis des années, de peur de se souiller de graisse, il n'emploie que des télégrammes, ce qui lui fait au bout de l'an une forte dépense ; et maintenant il ne les écrit même plus lui-même, mais il les dicte.

Il a à présent plus de 50 ans. Le cercle des obsessions s'est élargi et étendu ; beaucoup de choses blanches, et surtout la chaux délayée qui ressemblet au lait, sont pour lui la cause de grands tourments. La phobie et l'obsession angoissante sont poussées si loin qu'il s'arrache les cheveux et pousse des cris déchirants quand on prononce dans la conversation des mots qui ressemblent à « beurre » (obsession progressive par allitération). — J'ai déjà rapporté quelques autres symptômes que présente ce malade, en parlant des hallucinations chez les obsédés.

Le fait important, qui justifie les quelques développements dans lesquels je viens d'entrer, c'est que chez ce malade, bien qu'il ait reconnu pendant des années l'absurdité de son obsession, et qu'il ait lutté contre elle avec toutes les ressources de sa brillante intelligence, la lutte est allée d'année en année en s'affaiblissant ; et, pour finir, le malheureux a mis bas les armes, et s'est rendu sans conditions à ce vainqueur, contre lequel il a épuisé tous ses moyens de défense. J'ai pu assister à cette lente transformation de la personnalité. Il croit maintenant que le lait et la graisse peuvent être transportés à de grandes distances, et faire grand tort aux papiers, aux livres et même aux personnes. Il soutient ses théories avec une richesse d'arguments peu ordinaire : il tient pour assuré que du lait qui forme une petite mare à 10 mètres de distance peut le souiller. Ce n'est déjà plus la peur du lait, c'est la conviction que le lait le souille à distance, qui le tourmente. Comme vous le voyez, il ne s'agit plus de peur dont il reconnaît l'absurdité, mais de jugements faux et de conclusions absurdes, en contraste avec toutes les lois physiques, auxquelles, comme tous les paranoïques, il n'accorde aucune valeur. — Il en est de lui comme de ces peuples subjugués par des envahisseurs, contre lesquels ils conspirent pendant de longues années, les supportant toujours avec l'attitude de rebelles. Mais enfin, désarmés, misérables, affaiblis, ils cessent les hostilités, s'adaptent aux coutumes et lois des conquérants, se pénètrent de leur esprit, de leurs tendances, et forment avec eux un seul peuple. Depuis 30 ans, le conquérant s'est assimilé la conscience de ce malheureux malade, et l'idée fixe est devenue chez lui paranoïa rudimentaire.

On étudie aujourd'hui à fond les nombreuses formes de perversions et d'inversions de l'instinct sexuel ; aucune d'elles ne rentre, selon moi, dans le cadre des idées fixes. J'ai observé un instituteur qui, dominé par le désir irrésistible de souiller des enfants, a cédé après 8 ans de lutte, sachant cependant qu'il commettait un acte infâme. Qui ne pourrait reconnaître là une impulsion irrésistible ? Ce n'était certes pas un inverti, car il prenait du plaisir dans le commerce des femmes ; et, d'autre part, la lutte longuement sou-

tenue et l'horreur de l'acte accompli démontrent clairement la nature obsessive du mal.

Quelques mots de pronostic pour terminer.

Nous distinguons deux catégories de cas : ceux de psychasthénie originelle, par graves maladies cérébrales de l'enfance, ou par hérédité, et ceux de neurasthénie acquise.

Dans les premiers le pronostic est grave, la guérison est rare et survient seulement dans des cas exceptionnels, grâce à des circonstances particulièrement favorables de développement et d'éducation. Dans le plus grand nombre des cas, au contraire, les obsessions gagnent du terrain, et ce n'est pas une mais, cinq, dix, encore, plus qu'on en observe successivement ou simultanément. La loi d'association et la condition panophobique aident à l'extension progressive du domaine des obsessions. La peur terrorise et gouverne l'esprit ; toutes les perceptions revêtent les mêmes caractères ; la critique est de plus en plus assoupie, de plus en plus pauvre en moyens de défense et,la personnalité, peu ou point désagrégée, se montre presque toujours au bout d'un certain temps lasse de réagir, résignée à son sort.

Rarement la maladie des idées fixes se transforme en une autre psychopathie. Pitres et Régis rapportent 5 cas observés par eux de passage des obsessions à la mélancolie anxieuse avec idées délirantes et hallucinations : Si Magnan, Falret et Legrain ont affirmé d'une façon absolue que l'on n'observe jamais la moindre modification au syndrôme des obsessions, je pense qu'ils n'ont pas tenu compte de la mélancolie anxieuse que je crois en effet assez fréquente. J'admets la possibilité de transformation en paranoïa rudimentaire, comme Meynert, Schafer, Wille, Krœpelin, Wernicke, Morselli, Mickle, Séglas, cela indépendamment du caractère épileptique de certaines formes, comme l'a noté Mickle.

Le suicide est rare. Les obsédés sont indécis, tourmentés toujours par le « faire ou ne pas faire » ; ils pensent souvent au suicide, mais ne peuvent s'y résoudre. Quand l'obsession idéative ou motrice dure depuis un certain temps, et que la réaction de la conscience est devenue moins vive, le suicide devient de moins en moins à craindre.

Les choses sont bien différentes quand les obsessions apparaissent chez des individus bien constitués, de bon développement cérébral, devenus neurasthéniques à la faveur de circonstances particulières. Ceux-là ont une bien plus grande somme de réserves et leur conscience recouvre plus facilement son pouvoir éliminateur ; aussi la lutte contre l'envahisseur ou le parasite leur laisse beaucoup plus de chances de victoire. Parmi ceux que j'ai suivis et traités à loisir, je compte une forte proportion de guérisons.

De ce que nous venons de dire du pronostic, il est facile de déduire le traitement : dans les formes originelles, il devra être surtout prophylactique, et le médecin s'attachera à éloigner du

prédisposé tout ce qui peut favoriser l'apparition ou le développement de l'idée fixe ; quand la maladie se développera néanmoins, et ce ne sera que trop souvent la règle, l'internement ne s'imposera que dans des circonstances bien spéciales (impulsions, suicides ou homicides).

Dans les formes acquises, enfin, le traitement sera surtout étiologique (hystérie-neurasthénie).

NEUROLOGIE

PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE ET EPILEPSIE

Par Ed. Toulouse, Médecin de l'asile de Villejuif. et L. Marchand, Interne des asiles de la Seine.

Le 11 décembre 1897 (1), une jeune fille de 19 ans, God.. entre dans le service avec le diagnostic du Bureau d'admission : « débilité mentale avec épilepsie. »

La malade se présente dans un état de trouble et de grande agitation avec violences. Les propos sont incohérents et témoignent d'une grande confusion mentale. Elle ne veut pas manger, et l'on a beaucoup de peine à la forcer à s'alimenter.

Le lendemain de son entrée, elle a un vertige, au cours duquel elle pâlit soudainement et tombe sans connaissance et sans mouvements. Cela dure quelques secondes ; puis la malade revient à elle, inconsciente de ce qui venait de lui arriver.

Le 19, God... eut une attaque convulsive dont la nature n'était pas douteuse. Elle tomba tout d'un coup, tous ses muscles se contractèrent, sa face devint violette ; puis des mouvements apparurent dans les deux côtés du corps : l'écume se montra à la bouche pendant que la langue était projetée violemment en dehors des arcades dentaires qui la blessaient ; une minute après le début de ces accidents, tout s'apaisa et la malade, qui venait d'uriner sous elle, tomba dans un état de sommeil stertoreux avec résolution des muscles. C'était une attaque banale d'épilepsie qui venait de se dérouler en quelques secondes.

Cette période d'agitation, entrecoupée de vertiges et de crises convulsives, dura 12 jours pendant lesquels la malade fut maintenue alitée. Puis, un matin elle parut se réveiller et demanda des renseignements sur son état. Mais elle ne se souvenait pas de ce qu'elle avait fait pendant son délire. Elle croyait n'avoir

(1) Observation communiquée à la Société médico-psychologique, le 26 juin 1899.

été couchée que durant une nuit et ignorait absolument avoir passé par l'asile Sainte-Anne, qui l'avait menée là où elle se trouvait, ni en quel lieu elle était.

Elle croyait habiter encore rue Saint-Maur, dans la maison de ses parents.

La malade, qui se rétablit très rapidement, fit preuve les jours suivants d'une intelligence assez grande. Elle était très éveillée, avait une physionomie expressive et répondait d'une façon très nette aux questions qu'on lui posait. Mais elle ne put pas arriver à se rappeler un incident de la période délirante qu'elle vient de traverser. Elle avait donc eu une attaque de délire épileptique, avec ses caractères habituels : grande agitation, violences, disparition rapide et amnésie.

Les renseignements donnés par la mère de la malade nous montrèrent le bien fondé de ce diagnostic.

God... avait des crises épileptiques depuis l'âge de 11 ans. La première était survenue à la suite d'une émotion causée par une tentative de viol qu'avait commise son beau-père sur elle. Les accès étaient revenus périodiquement et depuis deux ans laissaient souvent à leur suite des crises de délire semblables à celui que nous avions observé. Dans ces moments, la surveillance de cette jeune fille devenait très difficile pour la mère qui fut forcée par cela de demander son internement.

On ne releva aucune maladie grave dans les antécédents de cette malade. Elle avait été réglée à 13 ans ; mais ses menstrues restaient souvent quatre ou cinq mois sans se montrer. Au point de vue psychique, God... s'était développée normalement et avait même manifesté une certaine intelligence. Elle avait fréquenté l'école pendant plusieurs années et avait une instruction primaire, mais elle n'avait pu apprendre de métier à cause de ses accès et elle vivait avec sa mère.

Nous ne pûmes rien relever de notable dans ses antécédents héréditaires. Le père était mort d'une fluxion de poitrine (?) pendant laquelle il avait présenté, à un moment donné, du délire ; mais il était sobre d'après les renseignements fournis par la mère de la malade. Cette dernière paraissait un peu émotive et se plaignait d'avoir des cauchemars et des étourdissements. Il nous a été impossible d'établir, chez l'un ou l'autre de ces parents, la syphilis ou l'alcoolisme. Ses trois frères et sœurs dont la malade était la cadette étaient bien portants et ne présentaient, paraît-il, aucune maladie nerveuse.

Le diagnostic posé d'épilepsie avec période délirante était donc justifié par les renseignements de la famille.

[illegible]

Le 7 mai, la malade présente une nouvelle période d'agitation, au cours de laquelle nous observons un phénomène nouveau. La parole nous paraît être lente, l'articulation est hésitante, le timbre est nasonné; mais cette impression ne détermine en nous aucun changement d'opinion sur l'état de la malade. Celle-ci se comporte d'ailleurs dans cette nouvelle crise comme dans la première. La malade ne reconnait personne et se trompe sur les noms des gens qui l'entourent. Elle croit être à la Salpêtrière. Comme elle pleure et qu'on l'interroge sur le motif de ses larmes, elle répond que c'est parce qu'on veut la faire mourir. Elle se désole et frappe son genou avec sa main. Elle paraît avoir des hallucinations de la vue et croit voir à côté d'elle un homme qui l'empêche de marcher.

Le 14 mai, la malade paraît plus lucide. Cependant elle a tou-

(1) Toulouse. Pupillomètre clinique, Société de biologie, 1898.

jours des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et voit sa mère qui est avec des enfants. Elle n'a plus aucune notion du temps et croit être à l'asile depuis un mois. Elle reconnaît aisément le médecin qui l'interroge. Sa physionomie reste hébétée ; et la parole est toujours lente et nasonnée.

Le 26 mai, la malade, devenue calme, conserve un langage incohérent et les troubles de la parole persistent.

Le mois suivant, elle est redevenue complètement calme ; mais elle reste hébétée, ignorant comme toûjours sa crise passée et semblant même inconsciente de son état actuel. En outre, sa parole est restée mal articulée.

Nous pensâmes alors que cette malade était entrée dans un état de démence, se rattachant à l'épilepsie, mais God... ne se comportait pas comme une épileptique dont les facultés intellectuelles sont affaiblies du fait de la névrose convulsive. Tout d'abord, cet affaiblissement était survenu, sans que les crises devinssent plus nombreuses, d'une manière rapide mais progressive et sans oscillation. La démence était en outre profonde, plus qu'on ne l'observe dans l'épilepsie. Cette malade était devenue tout à fait incapable de prendre part comme jadis aux travaux du ménage. Elle oubliait ce qu'elle faisait et paraissait indifférente à ce qui se passait autour d'elle ; elle était en outre mal habile de ses mains. On ne pouvait pas admettre qu'elle fût dans un de ces états d'hébétude qui suivent les accès convulsifs ; car son intelligence, tout en paraissant affaiblie, n'était pas déprimée. La malade était un peu éveillée ; mais elle était devenue niaise. L'idée nous vint alors que cette malade devenait paralytique générale. Ce diagnostic se confirma peu à peu ultérieurement. L'agitation ne revint plus ; mais l'état mental resta affaibli. La malade ne pouvait s'occuper à rien, et paraissait complètement isolée de ce qui l'entourait. La mémoire était surtout très faible, même sur les points concernant les faits survenus en dehors des phases délirantes. Elle ne pouvait dire son âge, ne se rendant pas compte depuis combien de temps elle était à l'asile, ni pourquoi elle y était maintenue. Ce qui différenciait ce nouvel état mental de ceux en rapport avec les périodes de délire, c'est que dans ce dernier cas elle avait conscience que sa mémoire était perdue pour certains faits, et qu'elle était conservée pour d'autres ; tandis que maintenant, elle cherchait à se rappeler et répondait aux questions dans des termes qui trahissaient autant la diminution de sa mémoire que la faiblesse de son jugement.

L'embarras de la parole était devenu de plus en plus net et

même tout à fait caractéristique. L'articulation était lente, scandée ; les syllabes étaient répétées et tous les sons sortaient avec un tremblement appréciable. La langue et les lèvres étaient animées de fines oscillations, surtout à l'occasion des mouvements. Les gestes étaient maladroits et la démarche lourde et mal associée. Il n'existait pas de troubles du côté des pupilles. La sensibilité et les réflexes ne présentaient rien de particulier.

Le 13 octobre, la malade meurt subitement. Il ne nous a pas été possible de savoir si la malade avait eu une syncope ou un accès épileptique.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort.

Les poumons sont congestionnés.

Le poumon droit pèse 420 gr. ; le poumon gauche 400 gr. Pas de liquide dans la plèvre.

Le foie semble normal et pèse 1550 gr.

Le cœur est poisseux, ses cavités sont vides, son poids est de 520 gr. On ne constate aucune trace d'endocardite.

Les reins sont très congestionnés, leur poids est de 250 gr. pour les deux.

Le cerveau est mou et pâle. La pie-mère est très vascularisée et présente des adhérences diffuses avec la substance cérébrale. Le poids du cerveau est de 1205 gr.

Le bulbe, le cervelet et l'isthme de l'encéphale ne présentent rien de particulier ; le poids de ces diverses parties est de 190 gr.

L'examen microscopique a été fait. La région motrice du cerveau et le bulbe ont été seuls examinés. L'examen de la moelle n'a pu avoir lieu. Les coupes ont été colorées au picro-carmin et suivant les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal. Les méninges n'ont pas été examinées, celles-ci ayant été enlevées sur les pièces qui ont servi à l'examen micrographique.

On trouve dans la substance grise du cerveau une grande quantité de vaisseaux ; le volume de plusieurs est considérable. Une diapédèse active a lieu autour d'eux. C'est même ce genre d'altérations qui semble prédominer. Dans les différentes couches, on rencontre une grande prolifération de noyaux. Beaucoup de cellules pyramidales sont déformées ; les granulations sont visibles dans la plupart et manquent dans quelques-unes. Le noyau est excentrique dans un grand nombre. Certaines cellules présentent des déformations qui semblent occasionnées par leur pénétration par des cellules rondes.

Par la méthode de Weigert-Pal, on constate que les fibres tangentielles de l'écorce cérébrale sont diminuées en plusieurs endroits et en certains points presque totalement disparues.

Le cerveau, coloré par la méthode de Weigert pour la névroglie, présente dans la substance grise et surtout dans la couche moléculaire, une grande quantité de cellules en araignée hypertrophiées ; les fibrilles de névroglie paraissent très nombreuses.

Le bulbe, examiné avec les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal, ne présente aucune lésion. Les cellules des noyaux des nerfs craniens ne présentent aucune trace de chromatolyse.

Par suite d'un accident, la moelle n'a pu être examinée.

Le diagnostic de paralysie générale fut donc confirmé par l'examen macroscopique et micrographique de l'encéphale. Il est à noter que ce dernier ne présentait un poids nullement au-dessous de la moyenne, et même supérieur. Or, dans les cas de paralysie générale où la mort survient à la période de cachexie, l'atrophie cérébrale est la règle. On comprend que cette atrophie soit un signe ultime et que, au début, elle n'ait pas encore eu le temps de se produire. La première période anatomique du processus paralytique semble être une période d'inflammation, et les altérations de nature inflammatoire étaient, en effet, prédominantes.

La démence survenant chez une femme de cet âge donnait lieu à trois hypothèses : démence précoce, démence épileptique, démence paralytique.

La démence précoce est mal connue et paraît ressortir de causes bien différentes. Peut-être n'est-ce là qu'un groupement artificiel dont la raison est l'âge de toutes les démences qui surviennent au moment de la puberté, et parmi lesquelles doivent figurer un certain nombre de cas de paralysies générales. Notre malade était atteinte d'épilepsie, ce qui est une étiologie plus précise ; nous avons donc écarté l'hypothèse d'une démence précoce.

Le diagnostic doit être fait entre la démence épileptique et la démence paralytique. Notre première idée avait été que nous avions à faire à une démence épileptique ; mais les symptômes s'accentuant, nous changeâmes d'opinion. La maladie s'aggravait avec une trop grande rapidité et régularité pour que nous songeâmes à la démence épileptique. Cette dernière n'apparaît souvent que très tardivement chez les malades, et elle est surtout provoquée par le nombre considérable des accès ou des vertiges. Or, notre malade ne présenta pas, durant la dernière période, plus d'accès que dans les premiers mois de son séjour à l'asile. En outre, la démence épileptique n'est jamais aussi globale que la démence que nous avions sous les yeux. Les déments épileptiques présentent un affaiblissement intellectuel, mais variable

et évoluant avec les accès, ce qui n'est pas le cas de la déchéance constante et progressive du paralytique général. L'apparition de l'embarras de la parole caractéristique nous confirma dans notre idée, à laquelle l'examen micrographique donna une confirmation irrécusable.

Nous sommes d'ailleurs portés à croire que dans les observations de démence épileptique, les plus typiques doivent être rattachés à la paralysie générale.

Nous allons donner comme preuve de cette opinion une analyse d'un travail de MM. Bourneville et d'Ollier (1) sur la démence épileptique.

Dans un premier groupe d'observations, ces auteurs ont groupé les faits où ils ne rencontrèrent pas à l'autopsie de lésions macroscopiques du système nerveux. Dans un second groupe, ils classent les observations où la maladie s'accompagna de lésions organiques. Dans ces observations nous en trouvons qui pourraient être interprétées comme des démences paralytiques ayant simulé une démence épileptique. L'observation IV est caractéristique à cet égard : il s'agit d'une femme qui présenta, à l'âge de 39 ans, quelques idées délirantes à caractère démentiel, des accès épileptiques qui firent bientôt place à des vertiges. Quatre ans après, elle était gâteuse, présentait une raideur générale des membres avec réflexes exagérés, ne pouvait que balbutier son nom ; cette malade, qui avait des eschares et des périodes d'hyperthermie, tomba dans un amaigrissement progressif et mourut. Son encéphale pesait 900 gr. et présentait des adhérences diffuses des méninges.

L'observation V est aussi caractéristique à ce point de vue. D'ailleurs, les auteurs disent que la malade qui fait le sujet de cette observation est atteinte d'une *démence paralytique*, qui dans leur esprit ne paraissait pas être la paralysie générale, mais plutôt une complication de l'épilepsie, alors qu'il est probable que l'épilepsie n'était là qu'un effet, qu'un symptôme de la paralysie générale.

L'observation VI concerne un jeune homme de 22 ans, mort vraisemblablement de paralysie générale à 27 ans, et qui était épileptique depuis l'enfance. Le cerveau pesait 1115 gr.

L'observation VII est celle d'un enfant de 13 ans qui, à l'âge de 8 ans, était intelligent. Il devint épileptique à l'âge de 11 ans. Vers la même époque, il présenta de l'affaiblissement intellectuel. A l'autopsie, on constata de l'adhérence des méninges. Le cerveau pesait 1220 gr.

(1) Bourneville et d'Ollier. Contribution à l'étude de la démence épileptique. (*Archives de neurologie*, 1880, tome 1, p. 213.)

MM. Bourneville et d'Ollin font remarquer, à ce sujet, qu'on confond aisément dans ces cas une démence précoce avec l'idiotie. On pourrait ajouter que ces démences précoces qui font croire à l'idiotie peuvent être des paralysies générales infantiles.

L'observation VIII concerne un homme qui devint épileptique à 26 ans. Il présenta, à l'âge de 35 ans, des périodes de délire avec agitation, idées de satisfaction et idées mystiques. Puis il s'affaiblit intellectuellement peu à peu et meurt d'un érysipèle à la face à 41 ans. Le cerveau pesait 1288 gr. et il y avait des adhérences pie-mériennes.

M. Brissaud, qui a fait l'examen histologique des cerveaux des malades dont nous venons de résumer l'histoire, a constaté, pour les cas les plus caractéristiques : une néoformation des vaisseaux dans les méninges, la présence de cellules araignées et de vaisseaux nombreux avec diapédèse, l'état trouble des cellules nerveuses dans la substance grise, nombreux noyaux dans la substance blanche.

MM. Bourneville et d'Ollier font remarquer que les lésions de ces démences épileptiques se rapprochaient de celles de la paralysie générale. Toutefois, ils ne peuvent donner contre l'hypothèse d'une paralysie générale que deux arguments de médiocre valeur : 1° M. Brissaud n'aurait pas rencontré d'anévrysme miliaire dans les cerveaux examinés et aurait au contraire remarqué que la lésion débutait par la couche profonde de la substance grise et intéressant la couche contiguë de substance blanche. 2° D'autre part, ils rejettent l'hypothèse de la paralysie générale, en se basant sur ce fait que les malades n'avaient pas présenté de délire des grandeurs, de modifications du caractère et des habitudes, de l'inégalité pupillaire. Cependant, l'histoire clinique de ces malades fait, au contraire, penser à la paralysie générale. Nous croyons que MM. Bourneville et Brissaud avaient entrevu la vérité et que, aujourd'hui que la paralysie générale est mieux connue, ils se prononceraient plutôt dans le sens de l'identité que dans le sens de la dissemblance. M. Péan (1) a rapporté un certain nombre d'observations de malades qui avaient présenté, en même temps que de l'épilepsie, des signes de paralysie générale et est resté hésitant sur les conclusions à en tirer. Les observations sont assez dissemblables et le manque d'examen micrographique ne permet pas d'avoir une opinion ferme.

Au point de vue des rapports de l'épilepsie avec la paralysie générale dans notre cas on peut poser 3 questions : L'épilepsie

(1) *Contribution à l'étude des rapports ante et post-mortem de l'épilepsie et de la paralysie générale.* Congrès des aliénistes. (Session d'Angers, 1898.)

a-t-elle été symptomatique de la paralysie générale ? Y a-t-il eu une simple coexistence de ces deux maladies ? A-t-elle, au contraire, préparé le terrain à cette maladie ?

Chez G... les accès sont apparus à 11 ans et la paralysie générale semble n'avoir débuté qu'à 18 ans ; nous ne pouvons admettre que les crises furent des attaques épileptiformes symptomatiques de la paralysie générale.

Peut-on soutenir qu'il y a eu simple coïncidence entre les deux maladies ? Certes, il n'est pas défendu à un épileptique de faire de la paralysie générale. Mais il nous paraît même plus prédisposé qu'un autre ; et c'est là ce qui nous paraît être la vérité. Conformément à l'opinion des premiers auteurs qui ont écrit sur cette maladie, nous sommes portés à la considérer comme l'aboutissant possible de la plupart des maladies cérébrales. Cette thèse a été reprise et défendue sur le terrain anatomique par M. Klippel (1).

REVUE DES LIVRES

DALLEMAGNE : *La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale.*

Le but de l'auteur est de fournir aux médecins et aux magistrats préoccupés des questions de responsabilité des notions à la fois positives et directrices pouvant faciliter l'entente commune.

La loi confère à tous les hommes la même dose de puissance volontaire et ne reconnaît que les exceptions frappées d'un caractère pathologique ; aussi, elle a condensé en deux articles les criteriums de l'irresponsabilité. Ces deux articles se décomposent en trois synthèses : 1° La loi proclame irresponsable celui qui manque de l'intelligence nécessaire pour comprendre et pour apprécier les actes auxquels il peut se livrer ; 2° Elle range parmi les irresponsables ceux dont l'intelligence, jadis saine, ne fonctionne plus au moment du crime ; 3° La troisième synthèse renferme tous les cas où la volonté se trouve tout à coup subjuguée par une force qu'elle ne peut maîtriser. Dans ces articles, la loi a réparti en groupements toute la collectivité des aliénés.

1° *Les irresponsables par défaut de discernement.* — C'est avec la faculté que l'on nomme la généralisation, l'obstruction, la symbolisation suivant les cas que l'esprit est en mesure d'arriver à concevoir les vérités absolues, et notamment celles qui, dans l'ordre moral, nous fournissent les règles de notre conduite individuelle et sociale. La supériorité de cette dernière opération au-

(1) KLIPPEL. Des paralysies générales. Collection Critzman, Masson, éditeur.

torise à conclure qu'elle n'est l'apanage que des individus normaux. Dès que l'esprit sera malade, cette faculté disparaîtra souvent la première.

En pratique, il existe une catégorie d'individus où le discernement altéré constitue toute la maladie ; c'est la dernière des catégories de la série dégénérative, la catégorie des dégénérés inférieurs.

La dégénérescence caractérise la série des processus qui, dans une famille ou dans une race, aboutissent progressivement à l'extinction définitive par l'intermédiaire de l'hérédité à travers d'une succession croissante d'amoindrissements de vitalité. Les dégénérés forment donc une réelle série unie par un lien dégénératif commun ; il en résulte des dégénérés supérieurs et des dégénérés inférieurs.

L'étendue de la pénétration de l'influence dégénératrice s'accuse par des indices appelés stigmates de dégénérescence ; ceux-ci se divisent en trois groupes suivant qu'ils se rapportent aux particularités anatomiques, biologiques ou sociologiques.

Les crimes et délits des dégénérés inférieurs se déduisent de leurs stigmates sociologiques. Les dégénérés inférieurs sont extra-sociaux (idiots), sociaux ou antisociaux.

Les antisociaux sont dignes d'attirer l'attention des hommes de loi par la proportion de criminels qu'ils fournissent et par la difficulté que certains d'entre eux présentent au diagnostic de l'aliéniste. Parmi ceux-ci, les plus dangereux sont les fous moraux : ce sont des individus dont l'intellect se trouve congénitalement dépourvu des qualités mentales nécessaires à l'intelligence des vérités morales.

2° *Les irresponsables pour cause de démence.* — L'auteur passe en revue tour à tour les paralytiques généraux, les délirants chroniques, les persécutés persécuteurs, les délirants dégénérés.

La paralysie générale comprend trois périodes : la première seule intéresse le médecin-légiste, c'est la période médico-légale de MM. Magnan et Sérieux. Après avoir fait le bilan de la criminalité des paralytiques, l'auteur montre combien grand nombre de condamnations observées résultent de l'ignorance forcée des magistrats qui, en présence des cas équivoques, négligent de recourir au médecin.

Le délire chronique, comme la paralysie générale, rentre dans la catégorie de ces maladies mentales qui, au moment de l'accomplissement du crime par le malade, peuvent échapper à l'attention du magistrat. Les périodes médico-légales sont surtout la période du début ou période d'inquiétude, et la période de persécution. Le délirant chronique est irresponsable ; il est bien, suivant la lettre même du code, « en état de démence au moment du fait ».

Les persécutés persécuteurs se divisent d'après les variations constatées dans leurs tendances et leurs préoccupations patholo-

giques en persécuteurs processifs, persécuteurs politiques, persécuteurs hypochondriques, persécuteurs familiaux, persécuteurs amoureux. Ces aliénés sont irresponsables ; cependant, vis-à-vis de tout acte qui ne se trouve pas compris dans le code des éléments caractéristiques du trouble mental, le criterium pourra se déduire du degré de dégénérescence de son auteur.

Les délirants dégénérés peuvent donner lieu à des hésitations dans l'expertise médico-légale, surtout si l'on considère la promptitude avec laquelle le délire apparaît ou disparaît. Il n'y a aucun doute, dans ces cas, sur la réalité de l'aliénation mentale.

3° *Les irresponsables par impuissance de la volonté.* — L'auteur étudie d'abord les crimes et délits des impulsifs et suivant l'ordre dans lequel les impulsions se trouvent rangées par l'importance des tendances qu'elles extériorisent ; c'est ainsi qu'il étudie d'abord l'impulsion à l'homicide, la pyromanie, passe ensuite à la kleptomanie, la dipsomanie, la sitiomanie, l'écholalie. L'auteur consacre ensuite de nombreuses pages à un groupe bien défini de tendances impulsives aux psychopathies sexuelles.

Les personnes atteintes de ces différentes anomalies ne sont irresponsables que si l'expert retrouve dans leurs actes les signes pathognomoniques de l'obsession et de l'impulsion morbides.

L'auteur réunit dans un même groupe les crimes et délits névropathiques, c'est-à-dire les crimes et délits qui traduisent dans le domaine des volitions et des actes le déséquilibre caractéristique de la névrose. Un parallèle établi entre les impulsions épileptiques et les impulsions hystériques montre la difficulté du diagnostic.

Il existe des impulsions neurasthéniques ; mais tandis qu'il est ordinairement facile à l'expert de conclure quand il s'agit d'impulsions épileptiques et hystériques il est souvent nécessaire à celui-ci de consigner simplement ses constatations quand il s'agit d'impulsions neurasthéniques.

Une dernière catégorie d'impulsions est formée par les impulsions suggestionnées ; l'esprit dans ces cas ne doit admettre que les faits réels et ceux-ci doivent se corriger et se compléter pendant de longues années avant d'avoir réussi à écarter difinitivement tous les doutes pour entrer dans le cadre des vérités médico-légales.

Dans la dernière partie de son travail, l'auteur traite de la responsabilité partielle. La tâche de l'expert est dans ces circonstances tout entière dans la délimitation du quantum d'anormalité du sujet. Rien ne doit être considéré comme négligeable ou secondaire dans l'examen de l'individu et de l'acte.

L. MARCHAND.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

HISTOLOGIE DU MYÉLENCÉPHALE DE VACHER (1),

Par Ed. Toulouse,
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif.

J'apporte, aujourd'hui, le résultat des recherches que j'ai faites et que j'ai provoquées sur l'histologie du myélencéphale de Vacher. On se rappelle que le Dr Madeuf, à qui j'exprime de nouveau mes remerciements, m'avait confié dans ce but l'encéphale et la moelle de ce criminel ; le cerveau a été examiné au point de vue anthropologique par MM. Laborde et Manouvrier (2). Ainsi que je l'annonçais dans un article de la *Revue de Psychiatrie* de janvier 1899, j'avais prélevé divers fragments des circonvolutions et de la moelle pour mon laboratoire et j'avais réparti les autres entre MM. Klippel, médecin des hôpitaux, Philippe, chef de laboratoire à la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, Rabaud, chef de laboratoire à la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, et Lombroso, qui en avait fait la demande.

Voici les résultats de ces diverses recherches :

Note de M. Klippel.

J'ai étudié le cerveau, le cervelet et la moelle de Vacher sur des coupes faites dans mon laboratoire par M. Aynaud.

Ces coupes ont été traitées par les méthodes de coloration les plus habituellement en usage, les unes par celle de Pal et de Nissl ; les autres ont été colorées par le picrocarmin, la thionine, l'hématoxyline-éosine, etc.

Sur les coupes de circonvolutions cérébrales de différentes régions, on reconnaît la présence de cellules cérébrales de formes normales, très nettes dans leurs contours, sans granulations pathologiques. Les espaces lymphatiques péricellulaires ne sont pas élargis. On retrouve jusqu'à la périphérie de l'écorce, immédiatement au-dessous de la pie-mère, des cellules parfaitement normales, suivant les caractères et les formes qu'elles ont en cette région. La vascularisation est peu apparente. Il n'y a point de phénomènes de diapédèse au niveau des gaines lymphatiques vasculaires.

Les cellules rondes qui entourent les espaces péricellulaires sont souvent au nombre de trois ou quatre sur les bords de ces espaces. Elles ne paraissent pas altérées.

(1) Société médico-psychologique, 31 juillet 1899.
(2) Société d'anthropologie, 1899.

Avec d'autres méthodes on peut reconnaître que les fibres tangentielles sont conservées et même abondantes au-dessous de la pie-mère. Si on ne les voit pas partout avec la même netteté, on peut justement invoquer un défaut accidentel de la technique suivie.

Le cervelet a paru également normal dans sa structure. Pour la moelle, je n'ai pu observer que la portion dorsale inférieure. Celle-ci était normale. Les colonnes de Clarke, les cordons postérieurs, les cellules des cornes antérieures, les faisceaux latéraux n'offrent absolument rien qu'on ne puisse rencontrer sur les moelles de sujets normaux.

En résumé, je n'ai pu constater dans le système nerveux central de Vacher aucune lésion pouvant indiquer que le sujet dont il s'agit fut atteint d'une maladie nerveuse organique, démontrable par les procédés histologiques dont nous disposons à l'heure actuelle.

Note de M. Philippe.

Mon examen du cerveau de Vacher est très incomplet. Je ne peux guère parler que de l'état des cellules nerveuses dans l'écorce et dans la moelle épinière. Ces cellules m'ont paru partout généralement normales, même sur les coupes traitées par le Nissl ; elles étaient cependant plus chargées de pigment jaune, comme il arrive toujours chez les vieillards ou chez les personnes sénilisées d'une façon précoce. Je signale aussi une proportion considérable de corpuscules amyloïdes, *matériaux de déchet* des centres nerveux. Ces deux constatations : pigmentation des cellules nerveuses (somatochrome) et abondance de corps amyloïdes démontrent, je crois une sénilité précoce chez Vacher. Il faut encore signaler que, au niveau du pôle temporal, les couches *paraissent* moins denses et que les cellules y sont très finement vacuolisées.

Pour ma part, je ne saurais déterminer la signification pathologique exacte qu'il faut attribuer à de semblables modifications cellulaires.— *Nous connaissons très mal l'écorce du cerveau humain, après méthode de Nissl* ; nous savons seulement que les couches et que les cellules varient beaucoup d'une région à une autre.

Je ne puis donner aucun renseignement motivé sur l'état des gaines myéliniques, de la névroglie et des vaisseaux.

Note de M. Rabaud.

Les divers morceaux ont été examinés chacun au Nissl, par le procédé de Weigert (celui de Pal) à l'hématoxyline polychrome, à l'hématéine et l'éosine. Pour ce qui est du Nissl, j'ai obtenu de bonnes préparations et j'ai toujours vu les cellules en bon état, montrant les divers grains chromophiles avec netteté. Je n'ai pas remarqué des noyaux excentriques et je n'ai pas relevé de chromatolyse.

Pour l'écorce cérébrale, il n'y a pas de lésions des fibres blan-

ches, la zone d'Exner-Tucseck me paraît en bon état. A ce point de vue la décoloration par le procédé de Pal ou celui de Weigert donnent des indications concordantes.

Pour la moelle, pas de scléroses cordonales diffuses ou systématisées.

Le cervelet est parfaitement normal.

Le seul point qui m'ait paru anormal dans un cas qui m'est soumis a trait aux méninges qui sont peut-être épaissies, plus qu'il ne convient pour un homme de l'âge de Vacher. Mais cet épaississement des méninges n'est accompagné d'aucun autre signe histologique morbide.

Note de M. Lombroso.

Nous avons (moi et Roncoroni) trouvé en Vacher des anomalies que l'on constate spécialement chez les criminels-nés : absence de la couche granuleuse profonde ; exagération des cellules pyramidales ; présence des cellules nerveuses dans la couche blanche : passage brusque des petites cellules superficielles aux grandes cellules.

Note de MM. Toulouse et Marchand.

Cerveau. — Portion examinée : 1re frontale droite, frontale ascendante gauche, lobe occipital droit.

La coloration au picro-carmin et à l'hématoxyline ne révèle aucune lésion.

Par la méthode de Weigert-Pal on remarque que les fibres tangentielles sont conservées.

Par la méthode de Nissl, on constate que certaines cellules pyramidales ne se présentent pas sous leur aspect normal. On trouve dans quelques-unes une disparition des éléments chromatophiles des vacuoles. Dans ce cas, la cellule semble avoir perdu sa forme triangulaire, et le noyau est excentrique. Certains prolongements protoplasmiques ne montent pas directement vers l'écorce et ont une direction en spirale.

Les noyaux névrogliques ne semblent pas proliférés ; on trouve de nombreux corpuscules amyloïdes dans la substance blanche.

Moelle. — L'examen a porté sur les régions cervicale, dorsale et lombaire.

Les méthodes de Weigert-Pal et de Nissl, ainsi que la coloration par l'hématoxiline, ont été employées et n'ont décelé aucune lésion appréciable.

Un point particulier à relever est la quantité énorme de corpuscules amyloïdes que l'on trouve disséminés dans toute la moelle et surtout sur le trajet intra-médullaire des racines postérieures et antérieures.

Cervelet. — Examiné au moyen des méthodes de Nissl et de Weigert-Pal. On ne trouve aucune lésion.

Ces examens, un peu différents dans les détails, se rapprochent par une conclusion commune : on n'a pas découvert dans

le système nerveux de Vacher de lésions pathologiques caractérisées. Les altérations que M. Lombroso a décrites n'ont pas été observées dans les autres examens, et l'auraient-elles été, il y aurait lieu d'en discuter l'interprétation. Là-dessus l'opinion générale ne serait pas conforme à celle de l'anthropologiste italien.

Les altérations cellulaires que j'ai relevées avec M. Marchand, et qui ont été aperçues par M. Philippe, n'ont pas de signification bien précise. Il est donc impossible d'en faire état. Et j'essayerai d'autant moins de le faire que j'ai soutenu une thèse qui n'est pas confirmé par cet examen histologique.

J'avais dit avant l'examen et je répète que Vacher avait présenté dans ses crimes et dans sa vie les signes d'une aliénation mentale qu'il est d'habitude de reconnaître. « Il faut attendre, écrivais-je, le résultat de ces multiples recherches pour savoir s'il existe d'autres preuves de l'aliénation mentale de Vacher que les preuves cliniques. Mais il faut aussi bien accepter que si ces dernières peuvent être confirmées, elles ne peuvent nullement être diminuées par l'examen anatomique en cours. Tous les jours des aliénés meurent dans les asiles après avoir parcouru les étapes d'une maladie mentale tout aussi et même mieux caractérisée que celle de Vacher, et cependant les résultats de l'étude micrographique sont négatifs et sans signification. On ne peut donc appliquer à Vacher, considéré comme aliéné, d'autres lois que celles qui régissent les autres aliénés. »

Ces examens histologiques n'apportent donc aucune lumière dans le débat et chacun restera avec son opinion.

Avant de clore, de mon côté, cette discussion, je voudrais dire combien il serait désirable que les hommes de science qui ne doivent avoir d'autre passion que la vérité, ne se considérassent pas comme ennemis parce qu'ils sont d'un avis opposé. En critiquant loyalement le diagnostic des distingués experts de Lyon, je n'ai voulu — ai-je besoin de le dire — diminuer en rien le mérite de ces savants médecins, pour lesquels je professe la plus grande estime.

En apportant ces documents à la Société médico-psychologique, j'ai pensé que mes collègues trouveraient, comme moi, que cet examen histologique d'un cerveau d'assassin, qui a été fait par diverses personnes compétentes, était par cela même un document d'une certaine valeur. Ce protocole, où certains détails n'ont pu trouver d'explications, sera peut-être un jour éclairé par de nouveaux faits. Quoi qu'il en soit, je le verse comme document dans les Archives de la Société.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE PATRONAGE DES ALIÉNÉS CONVALESCENTS,

Par A. Marie,

Directeur-médecin en chef de la colonisation familiale de Dun.

La protection de l'aliéné guéri ou convalescent a occupé déjà les aliénistes de tous les pays; elle existe véritablement dans certains pays, comme nous le verrons, en Suisse, en Belgique, notamment. En France elle est à l'état d'embryon, malgré les vœux émis au Congrès des médecins aliénistes de la Rochelle (1893) que « tout asile devrait être sinon pourvu d'une société de patronage, au moins affilié à une œuvre de patronage, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'asile ». A Paris, outre l'ancienne société de patronage fondée par Falret père, depuis 1890 déjà, les aliénés sortis guéris des asiles de la Seine sont reçus, si bon leur semble, à une annexe de l'asile national de Vincennes, où ils peuvent séjourner cinq jours. De plus, en 1898, il s'est fondé à Paris une société de patronage des aliénés guéris. Elle a pour but : 1° de venir en aide aux malades indigents ou nécessiteux, majeurs ou mineurs, pensionnaires de la Seine, sortis des Asiles publics ou des quartiers d'hospice ; 2° de combattre les préjugés relatifs à l'hospitalisation des aliénés, à l'incurabilité et au traitement de l'aliénation mentale.

Malgré l'impulsion énergique donnée à cette société par l'initiative de M. le Dr Bourneville et l'appui officiel de l'Administration, il n'est pas encore permis d'en reconnaître les bienfaits.

Des deux organismes complémentaires de l'asile fermé reconnus dès longtemps comme indispensables pour aider la guérison définitive des aliénés sortants indigents, il n'existe donc en réalité que le passage si court (15 jours) aux Asiles Fessart et de la rue de Charenton et une société à peine créée.

Cependant, les propositions initiales soumises au Conseil supérieur de l'Assistance publique parlaient de « créer des établissements pour les malades des asiles reconnus guéris et pour ceux en voie d'amélioration dont la guérison complète s'obtiendrait plus rapidement en ne se trouvant plus en contact avec d'autres aliénés. Ceux qui seraient admis dans ces établissements pourraient être autorisés à sortir pendant quelques heures par jour et, tout en reprenant progressivement l'habitude de la liberté, ils chercheraient et arriveraient plus facilement à se procurer un travail suffisant pour vivre. »

Cela reviendrait à créer dans chaque asile des sections ouver-

tes de convalescents en attendant un asile spécial à portes ouvertes, situé dans des conditions particulières à la campagne, bien qu'à proximité de localités où les malades puissent trouver à s'occuper.

Il semble également qu'on ait pensé à un asile de travail pour aliénés guéris définitivement, mais dans l'incapacité de reprendre contact avec leur milieu social antérieur.

Les ouvriers alcooliques curables en sont le type ; guéris par l'asile fermé, ils sont voués à la rechute dès qu'ils rentrent dans le milieu ordinaire nécessaire à la reprise de l'ouvrage, milieu de faubourg colloque d'embauchage qui se traitent sur le zinc où le travailleur abstinent est vite la risée et le point de mire des plaisanteries qui ne lui épargnent pas le reproche de son délire antérieur, imitations et entraînements, bravades, fatalité de l'habitude sont là pour vaincre les meilleures résolutions. C'est ce qu'aucun réseau de sociétés de patronage ne saurait éviter et ce qui a conduit à l'idée de construire des asiles départementaux en quelque sorte pour occuper ces ouvriers spéciaux hors du contact des travailleurs ordinaires ; c'est la colonie industrielle appliquée à certains aliénés guéris, la maison de travail dont certains quartiers de Workhouse et quelques colonies allemandes offrent des exemples d'application.

Mais avant d'aborder ces succédanés des patronages ordinaires, voyons quelles sont les raisons à invoquer en faveur de ces diverses créations, quels en sont les types jusqu'ici réalisés, les meilleurs, et ce qui manque à notre organisation pour qu'elle réponde aux besoins et aux progrès d'une assistance spéciale méthodique et complète.

Un premier point à examiner est le principe même des sociétés de patronage en général.

La réponse sur ce point ne paraît pas douteux.

Ce qui a été dit il y a plus de cinquante ans reste toujours vrai.

La société n'a pas rempli sa tâche jusqu'au bout lorsque, après avoir assisté les aliénés dans un asile, elle les laisse, au sortir de cet asile, sans appui, sans ressources, sans secours et exposés à une rechute. Il y a là une lacune aussi bien au point de vue humanitaire qu'au point de vue économique.

C'est le Docteur Cazauvielh, ancien interne de la Salpêtrière, qui paraît avoir le premier en France exprimé l'idée de ce patronage. Dans son livre intitulé :« Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes, comparés dans leurs rapports réciproques », livre publié à Paris en 1840, Cazauvielh expose que, sous le rapport du nombre, les suicides et les crimes contre les personnes présentent une analogie frappante : il a été amené à rechercher les moyens de prévenir ces funestes penchants et de contenir les hommes qui n'ont pu s'en garantir ; il a acquis la

conviction qu'il n'était pas facile de distinguer le criminel de l'aliéné, et il ajoute page 9 :

« En attendant que nous abordions toutes ces importantes questions, je dois avouer ici qu'une pensée pénible, qui n'est cependant pas sans espérance, me préoccupe sérieusement, c'est que dans quelques localités, et à Paris surtout, le sort des criminels occupe vivement la sollicitude des philanthropes qui, après avoir travaillé à l'amélioration du sort de ces malheureux, au développement de leur intelligence et à la conservation de leur santé, continuent leur protection à ceux qui sortent des prisons, soit après un acquittement, soit au terme de leur peine, mais les aliénés, qui sortent des établissements où ils ont été traités pendant un an et plus, sont délaissés dans les campagnes, sans asiles et sans occupations. Pourquoi ne trouveraient-ils pas les ressources que la philanthropie offre aux criminels ? Que les hommes qui aiment à faire le bien s'empressent donc de former des sociétés protectrices des malheureux aliénés que la misère et le mépris dont ils sont fréquemment accablés provoquent à de funestes rechutes. »

Le 7 octobre 184?, David Richard, directeur de l'asile de Stéphansfeld, lut au Congrès scientifique de France (dixième session tenue à Strasbourg) un mémoire intitulé : « Du régime moral dans les asiles d'aliénés et de la nécessité d'un patronage pour les aliénés indigents guéris. »

L'auteur préconise comme moyen de traitement le travail dans les asiles, à la condition de maintenir le travail parfaitement libre et volontaire, parce que ce caractère de liberté le rend plus attrayant et plus efficace. Puis, il combat le préjugé de l'incurabilité de la folie et s'appuie sur le nombre de guérisons sans rechutes obtenues à Stephansfeld, et il termine ainsi son mémoire :

« Ce préjugé (de l'incurabilité), Messieurs, n'est pas seulement faux ; il est funeste et porte des fruits amers, surtout pour les aliénés indigents. Depuis la loi bienfaisante de 1838, loi longtemps réclamée et qui honore notre pays, les soins les plus protecteurs sont assurés aux infortunés de la classe pauvre qui tombent en aliénation mentale.

C'était une dette que jusqu'alors la Société n'avait pas payée ou qu'elle avait payée mal. Mais ce n'est pas assez de leur avoir ouvert des asiles ; il faut qu'au sortir de ces établissements ils ne trouvent pas une société prévenue contre eux, une société marâtre par indifférence cruelle, par préjugé.

«... Quand l'aliéné indigent sort joyeux de l'asile ayant recouvré la raison, il pense qu'on va se réjouir avec lui, l'aider à reprendre ses travaux, soutenir sa vie. Qu'il se trompe cruellement ! On ne veut pas croire à sa guérison, on le poursuit de l'épithète injurieuse de fou, on interprète défavorablement toutes ses actions, toutes ses paroles, on lui refuse toute confiance ; la peur lui ferme toutes les maisons où il pourrait trouver du travail et il reste isolé, bafoué, sans ressources, désespéré, sa tête s'égare, il cher-

che un remède à ses maux dans le suicide ou il est renvoyé à l'asile où il n'aurait jamais dû rentrer.

« Plus d'une fois j'ai appris avec douleur la triste fin de malades qui m'avaient quittés pleins de santé et de courage ; plus d'une fois j'ai dû repousser les sollicitations d'autres aliénés qui me conjuraient de les recevoir de nouveau au milieu des insensés auxquels ils n'appartenaient plus...

« Il y a donc urgence à établir dans chaque département des sociétés de patronage qui se chargent de suivre, de protéger, d'encourager, de secourir les aliénés indigents que repousse un fatal préjugé. J'appelle sur ce point le concours de vos lumières et de votre philanthropie, et je finis par une maxime empruntée à M. Esquirol, à ce digne protecteur des aliénés que la mort leur a ravi naguère. « C'est faute de prudence dans la folie, comme en toute autre maladie, que les personnes qui ont été atteintes sont sujettes à des rechutes. »

Dans la discussion qui suivit la lecture du mémoire de David Richard (6e Section du Congrès scientifique), Ristelluder, médecin en chef des Asiles de Strasbourg et ancien médecin en chef de Stéphansfeld, réclama la priorité de l'idée de patronage, et dit l'avoir communiquée à la Préfecture du Bas-Rhin.

Sur la demande de Richard, la 6e section consacra par un vote le principe de formation d'une Société de patronage pour les aliénés indigents guéris, et décida qu'il en serait référé au bureau central.

Lorsque la question fut soulevée au Congrès scientifique de Strasbourg, Falret, médecin de la Salpêtrière, avec le concours de l'abbé Christophe, aumônier de cet hospice et devenu plus tard évêque de Soissons, avait depuis un an fondé, sans bruit, une Société de patronage pour les aliénées indigentes sortant de son service.

Un peu plus tard, vers 1843, Baillarger et Mitivie avaient suivi l'exemple de Falret, mais le tout avait été fait si discrètement qu'on a de la peine à reconstituer aujourd'hui l'historique exact de ces débuts des sociétés de patronage. Baillarger a poussé si loin la modestie que les *Annales médico-psychologiques*, fondées par lui en 1843, avec Cerise et Longet, rendent compte de l'ouvrage de Cazauvielh et du mémoire de David Richard et sont absolument muettes sur l'œuvre de patronage organisée à la Salpêtrière. Ce silence paraît avoir induit en erreur les inspecteurs généraux du service des Aliénés ; car, dans le grand rapport publié en 1878, ceux-ci attribuent à Richard la première idée du patronage. M. Bourneville relève cette inexactitude, dans un remarquable rapport, présenté en 1890 au Conseil supérieur de l'Assistance publique, rapport auquel nous avons fait de larges emprunts. D'après les documents recueillis par M. Bourneville, l'œuvre de la Salpêtrière fondée par Falret a été limitée d'abord aux aliénées indigentes sortant guéries de la 5e division, 1re section (service Falret).

La seconde Société fondée par Baillarger et Mitivie marcha parallèlement à la première pendant plusieurs années. La fusion des deux Sociétés en une seule s'opéra vers 1848, et la nouvelle Association étendit son patronage aux hommes sortant de Bicêtre comme aux femmes sortant de la Salpêtrière.

Nous avons vu en Alsace-Lorraine la Société Allemande qui continue l'œuvre française de D. Richard. A Stéphansfeld, en Angleterre. existe l'After care Association for poor friendless female convalescents on leaving asylums for the insane ; en Belgique, il y a la fondation Guislain.

En Allemagne, un grand nombre d'Asiles ont des caisses de secours pour aliénés sortants.

En Autriche, on trouve la Société d'Assistance de Basse-Autriche et la Société de Gratz.

Il n'y a pas de patronage en Danemark, ni en Russie.

En Italie, plusieurs Sociétés existent, entre autres celle de Turin, ainsi qu'en Suisse où M. le Docteur Ladame en a fait une étude d'ensemble.

Pour l'Allemagne, les documents que nous avons s'appliquent aux Sociétés suivantes :

Société de secours pour les aliénés sortant des Asiles de Pforzheim et Illenan ;

Société de secours d'Eichberg (près Wiesbaden) ;

Societé de secours de Dosseldorf ;

Société de secours brandebourgeoise (Asiles d'Eberswalde, Sorau, Landsberg) ;

Société de secours de Friedrichsberg (Hambourg) ;

Société de secours du grand-duché de Hesse ;

En outre, d'après le Docteur Schüle, à la date du 28 mai 1893, on devait fonder des Sociétés à Wernech, Koenigslutter, Bayreuth et Altscherbitz. A Munich, la direction générale dispose d'un fonds de secours annuel de 200 marks pour les aliénés nécessiteux.

A Erlangen, on a un capital de 6.500 marks.

A Karthaus-Prüll existe un legs et une rente donnant pour les aliénés indigents convalescents de 5 à 30 marks.

— En France, à la suite du mouvement provoqué par les débats et les décisions du Conseil supérieur de l'Assistance publique, après le rapport Bourneville, une circulaire ministérielle fut lancée en province, s'appuyant sur les Asiles publics ou en faisant fonctions.

Au Congrès de la Rochelle, il y a cinq ans, le dépouillement des réponses officielles montra que, sur vingt-sept départements, une dizaine seulement entrèrent dans la voie des études préliminaires, grâce à l'activité de quelques médecins des Asiles départementaux.

En réalité, le résultat le plus clair de tant d'efforts fut la création de quelques subventions et caisses de secours départementa-

les pour les aliénés sortants et la création de Sociétés de patronage nouvelles fonctionnant, dans la Seine-Inférieure, la Meurthe-et-Moselle et la Seine. Je ne parlerai pas d'autres Sociétés n'existant encore que théoriquement et dont l'action reste jusqu'ici douteuse.

On ne peut qu'approuver tout ce qui a été fait antérieurement par l'initiative privée dans l'ordre d'idées qui nous occupe ; mais il est évident qu'il est nécessaire, pour combler les lacunes persistantes, que les pouvoirs publics donnent désormais une impulsion vigoureuse à la création de Sociétés de patronage pour aliénés.

Tout Asile devrait être sinon pourvu spécialement d'une Société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage, pour que l'Assistance ne s'arrêtât pas au seuil de l'Asile.

Le principe admis, quels sont les moyens pratiques de le réaliser ?

Bien que la plupart des applications réalisées actuellement en Europe soient dues à l'initiative privée, quelques-unes de ces applications ont été particulièrement heureuses dans certains milieux.

On voit, dans le remarquable travail de MM. Giraud et Ladame au Congrès de la Rochelle, que, dans plusieurs cantons suisses, le patronage des aliénés a provoqué la création d'asiles. En Italie néanmoins, quoique l'initiative privée ait obtenu de très grands résultats, on paraît disposé à régler la question par une nouvelle loi sur les aliénés et les asiles d'aliénés.

En France, le projet de révision de la loi du 30 juin 1838 paraît encore trop loin d'aboutir pour qu'on doive conseiller d'ajourner le vœu du Conseil supérieur de l'Assistance publique jusqu'à la mise en vigueur d'une nouvelle législation.

Une des résolutions du Conseil supérieur de l'Assistance publique porte que les sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents ou guéris par les moyens suivants : secours en argent, en linge, en vêtements, outils (ces secours peuvent être hebdomadaires, mensuels) ; dégagement des objets mis au Mont-de-Piété, paiement de loyer, placement de malades dans des asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices : placement « définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé ». Ce programme comporte le rôle complet que peuvent jouer des sociétés de patronage arrivées à leur maximum de développement. Tout ce qui est indiqué là, si on prend chaque chose en détail, a été fait par l'une ou l'autre des sociétés de secours existant déjà. Mais cet ensemble ne constitue pas un bloc dont on ne puisse rien détacher, et les promoteurs de la résolution n'ont, assurément, pas voulu dire que les sociétés de patronage pour les aliénés doivent comporter le programme entier ou ne pas exister. En examinant l'organisation des sociétés

actuelles, on peut reconnaître deux types qu'on pourrait appeler l'un type Falret, l'autre type David Richard, très developpé en Allemagne et en Suisse. Dans le premier système, la société est tout à fait indépendante de l'administration de l'asile ; elle a ses locaux à elle, exerce une hospitalisation intermédiaire, entre la séquestration à l'asile et le retour à la vie libre, se préoccupe du placement des convalescents, les tient en quelque sorte sous sa tutelle directe.

Dans le second système, la société est intimement liée à l'administration de l'asile qui continue, en quelque sorte, une assistance au dehors et à distance. Ce sont alors les secours à domicile qui prédominent, et, comme les convalescents sont rentrés dans leur pays, la société a besoin d'intermédiaires pour exercer son assistance et son contrôle. Ces intermédiaires sont les hommes de confiance : (vertrauenmaenner, en Allemagne, correspondants en Suisse). L'union qui existe entre l'asile et la société de patronage en Suisse est si intime que, dans plusieurs cantons, la société a procédé à l'organisation de l'asile. Dans certains statuts, l'œuvre du patronage se préoccupe non seulement d'assister le convalescent en voie de guérison, mais encore de provoquer le prompt traitement des aliénés de l'asile, parce que l'administration précoce des malades dans les établissements spéciaux est le meilleur moyen d'obtenir la guérison.

Ces deux systèmes répondent chacun à des besoins différents, et l'on pourrait appeler l'un système des très grandes villes, l'autre système des campagnes. C'est au premier système qu'appartiennent la société fondée par Falret, celle qu'organise la commission de surveillance des Asiles de la Seine, l'After care association en Angleterre, et même jusqu'à un certain point la société fondée à Milan. C'est au second système qu'appartiennent toutes les sociétés fondées en dehors des grands centres. Les correspondants doivent être moins difficiles à recruter qu'on ne pourrait le supposer au premier abord, et d'après des listes recueillies par M. le Docteur Giraud, de Saint-Yon, on les trouve surtout parmi les maires et les instituteurs. Or ces hommes à qui on demande de remplir une mission de confiance ne sont pas, dans certaines sociétés, astreints à verser une cotisation, même minime, de sorte qu'ils peuvent accepter sans avoir à supporter aucune charge pécuniaire.

Indépendamment des dons et legs aléatoires, les institutions de patronage doivent compter peu sur les cotisations de leurs membres honoraires et beaucoup sur les subventions des pouvoirs publics chez nous, ainsi que sur les produits d'un travail bien organisé des convalescents, mais les aliénés sortants eux-mêmes doivent apporter une portion de leur pécule de sortie en défalcation d'une partie des frais faits pour eux ; enfin les aliénés internés, sur le travail desquels il est fait état, doivent contribuer, sous forme de remise pour l'asile, d'une part des bons correspondants au

prorata des sortants dudit adressés aux institutions de patronage.

Le règlement des asiles en France porte que le produit du travail des malades décédés revient à l'asile. La rétribution de ce travail n'est déjà attribuée que pour partie du vivant du malade et il n'y a pas lieu de faire un nouveau bénéfice du fait du décès du travailleur.

A l'asile de Bailleul, par exemple, on a décidé de verser à la caisse de la société de patronage le pécule des aliénés décédés, et d'autres établissements seraient entrés depuis dans la même voie.

Cette idée jouait déjà un rôle dans le projet du Docteur Baume et en Italie le Docteur Lolli, se fondant sur ce que les frais d'entretien étaient assurés à l'asile par le prix de journée, fit attribuer au patronage la valeur presque totale du travail des aliénés, et c'est ainsi que s'est fondée l'œuvre du patronage d'Imola.

Dans un ordre d'idées voisin, les effets de vêture dits de succession provenant des vêtements personnels non réclamés des aliénés décédés pourraient servir à alimenter le vestiaire du patronage pour servir de dons en nature nécessaire pour compléter la garde-robe des convalescents sortants à placer. C'est encore ce qui se fait à Bailleul, d'ailleurs.

« Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'asile, le personnel médical et administratif des asiles, doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la société doit être, sinon à l'asile, au moins à proximité de l'asile.» (Giraud.)

Dans le même but de réserver des éléments d'action à la sortie du malade, M. Taty, de Lyon, a réclamé avec raison, énergiquement, la sauvegarde du modeste avoir en nature de l'aliéné interné, avoir mobilier compris, instruments de travail et vêture, dont il est fait souvent état et vente par l'administration dans la deuxième année d'internement, en déduction des frais d'assistance. Ces éléments de peu de ressource pour le budget réel de l'assistance, constituent un précieux appoint pour la reprise de la lutte. En effet, le malade qui retrouve en sortant son petit mobilier et ses hardes économise une première mise proportionnellement décuple de l'encaisse réalisée par l'administration : au point de vue moral le malade est moins dépaysé et moins découragé, comme le montre la dépression constante très nette que provoque toujours l'annonce d'une telle vente aux aliénés chroniques.

Des sorties provisoires d'essai avec secours aux parents ou amis qui appuient la demande de l'aliéné convalescent ont été aussi préconisées comme assistance transitoire conduisant à la sortie définitive. Les sorties d'essai simples s'appliquent à Paris, largement. Peut-être pourrait-on en certains cas aider pécuniairement certains malades et leurs familles par un secours spécial.

Pour le patronage proprement dit, il semble quelque peu illusoire de tabler sur l'appui moral et matériel des patrons qui sou-

vent s'efforcent d'esquiver les responsabilités légales en cas d'accidents et cherchant même à éliminer par ce motif les travailleurs mariés et pères de famille.

Les conditions particulièrement âpres de la lutte pour l'existence dans l'industrie des grands centres ont à notre époque modifié les esprits dans un sens peu favorable aux patronages des aliénés sortants ; les mêmes causes qui trop souvent produisent la déchéance mentale de l'ouvrier, à savoir : âpreté de la lutte, cherté de la vie, égoïsme social, empêchant que le milieu dont le contact leur a été déjà si brutal, se soucie des ménagements nécessaires, ménagements que les fatalités économiques peuvent même rendre irréalisables dans les conditions ordinaires.

On en revient dès lors à la création nécessaire d'ateliers spéciaux établis par le département en vue de l'utilisation de ces travailleurs déclassés par la folie et inaptes à se réadapter à la mêlée ordinaire. C'est le projet esquissé par M. le docteur Brousse dans son rapport général à propos des alcooliques et de l'assistance des buveurs.

La question se pose d'ailleurs au sujet des convalescents des asiles comme pour toutes les questions d'assistance par le travail.

Depuis les bons de travail, les travaux de charité, jusqu'à l'assistance à domicile et aux secours représentatifs de journée d'hospice, tout peut être appliqué, y compris les ateliers et jardins ouvriers municipaux, type Reims ; mais, pour le cas particulier des aliénés sortants, il est permis de craindre que toutes les tentatives resteront peu efficaces si elles ne sont pas soumises à l'impulsion active de médecins spécialisés auxquels le développement de ces moyens accessoires d'assistance incombera.

Il faut que la petite cité ouvrière associée à l'atelier spécial et aux jardins municipaux, que le placement familial direct transitoire, que le secours à domicile temporaire comme l'attribution de secours de sortie en argent, en nature et en bons de travail, soient soumis à la surveillance constante et effective d'un aliéniste : par exemple celui chargé de la consultation externe de l'asile fermé, consultation où se présenteront les convalescents à secourir et où les dossiers et notes spéciales des médecins des services intérieurs pourront être d'un précieux secours.

Ce sera là le trait d'union naturel entre l'asile et le patronage ; l'aliéniste, agent actif du patronage, y trouvera un service plein d'intérêt, d'une utilité sociale en même temps que thérapeutique et scientifique indiscutable.

Pour les aliénés convalescents à soumettre à un patronage familial transitoire, nous nous bornerons à citer ici un passage du rapport présenté par nous à l'Administration.

« Des convalescentes femmes pourraient être tout d'abord confiées aux nourriciers de la colonie familiale des chroniques, en s'en tenant de préférence, au début, à des malades parvenues à la période de ménopause.

« D'une façon générale, les aliénées atteintes de psychoses dépressives en voie d'amélioration semblent être celles en état de bénéficier le mieux du patronage familial.

« C'est ce qui s'est fait avec succès à l'étranger dans ces dernières années.

« En Belgique, en principe, les mélancolies aiguës même sont admises, aussi compte-t-on une forte proportion de psychoses dépressives dans les sorties par guérison pour la colonie familiale de Lierneux (13 hommes sur 63 et 12 femmes sur 46).

« Les bouffées délirantes et d'excitation assez atténuées pourront être ensuite admises, mais avec précaution.

« Les catégories qui fournissent partout les guérisons les plus nombreuses sont les alcooliques, les déprimées mélancoliques, les délirantes transitoires débiles à accès épisodiques et à confusion mentale.

« Les premiers d'entre ces malades, les alcooliques, doivent être, peut-être, réservés aux placements de courte durée auprès d'un asile rural, quoique proche de Paris.

« A Dun, on n'en pourrait tenter l'envoi qu'après l'essai des catégories autres.

« Le milieu qui leur conviendrait serait alors plutôt les placements ruraux disséminés, préférables pour eux au séjour de Dun même, plus fertile en tentations.

« L'annexe de Nizerolles, par exemple, conviendrait bien à des femmes convalescentes de ce genre.

« Pour les hommes convalescents, l'essai de placement transitoire reste subordonné à l'essai de la colonisation familiale des chroniques de ce sexe, essai dont la réussite ne peut faire de doute ; mais l'observation générale relative à la dissémination rurale de préférence s'applique a fortiori.

« Sans exclure aucune catégorie, je crois devoir seulement indiquer ici un ordre dans lequel il conviendrait de procéder aux extensions successives.

« Je conclurai donc à l'essai immédiat possible en commençant par le placement, à Dun même, de mélancoliques, femmes convalescentes d'un certain âge.

« D'une façon générale et à la différence des alcooliques précités, je crois préférable de placer au début ces mélancoliques convalescentes dans un milieu assez aggloméré comme Dun, dont la population est bien accoutumée aux aliénés, et où la surveillance est plus étroite et directe, en même temps que la possibilité immédiate d'isoler à l'infirmerie centrale donne plus de garantie en cas de rechute.

« On pourrait également réserver pour Dun les cas susceptibles d'un patronage transitoire de quelque durée ; les autres, courts, pouvant être ultérieurement placés au voisinage d'un grand asile proche de Paris, comme il en fut question.

« Là, le plus court passage pourrait compenser le prix de jour-

née plus élevé en même temps que les frais de transports seraient moindres.

« Le printemps paraît la saison la meilleure pour ces envois et le temps de passage minimum de deux à trois mois environ (en supposant qu'il n'y ait aucune rechute).

« Ce patronage améliorerait la guérison et la rendrait plus sûre, il serait moins long, moins coûteux à temps égal que l'asile, qu'il contribuerait à désencombrer.

« On pourrait occuper la convalescente et lui appliquer avec le traitement moral le milieu familial, comme pierre de touche de la guérison à confirmer.

« S'occupant tout d'abord, sans souci du lendemain, elle pourrait être payée au prix du pays, ses gains formant une petite masse qu'elle toucherait au départ avec une allocation sur la fondation d'Andrée.

« A la belle saison, la convalescente serait mise en congé d'essai sur place ou avec les garanties qu'on pourrait obtenir de sa propre famille, elle se trouverait ainsi replacée peu à peu dans la lutte ordinaire par transitions progressives, après un entraînement gradué, au meilleur moment de l'année et dans un milieu calme, reposant, différent de celui où avaient éclos les troubles mentaux initiaux.

« Reste la question de la situation administrative des malades ainsi placés.

« A ce point de vue, je pense que le procédé dont il avait été fait usage au début pour les chroniques peut s'appliquer.

« C'est-à-dire que les envois en convalescence doivent être faits par voie de sortie en quelque sorte conditionnelle.

« Les malades ainsi sorties et transitoirement assistées comme convalescentes libres ne seraient pas portées au registre de la loi.

« Ainsi les responsabilités de l'Administration seraient moindres, les retraits éventuels à l'infirmerie fermée ou à l'asile impliqueraient les formalités ordinaires d'un internement, tout comme nous procédions avec nos chroniques, avant notre assimilation à l'asile.

« Mais aujourd'hui nous aurions l'infirmerie nouvelle, mieux outillée, et l'article 19 de la loi de 1838, qui permet l'internement immédiat, avec appui du maire, sous ratification préfectorale, dans les vingt-quatre heures, le mécanisme de la réintégration, le cas échéant, serait donc des plus faciles et rapides.

« Je pense que ces formes seront applicables, puisqu'elles se sont déjà appliquées à Dun et rentrent, d'ailleurs, dans le droit commun prévu.

« La loi écossaise et un bill proposé (docteur Cursley Clapham, *Quaterly medical Journal*, juillet 1898, p. 344) pour compléter la loi anglaise admettent la mise en traitement et en surveillance spéciale de certaines malades sans « certification », c'est-à-dire que pour sauver l'aliéné commençant du stigmate de la folie, tout

en assurant le traitement précoce, on évite les formalités officielles de déclaration d'aberration. Pendant un délai de six mois, le malade est alors considéré comme en traitement d'affection mentale à confirmer. C'est une mesure inverse que constitue, en quelque sorte, le passage transitoire par sortie précoce et envoi en patronage familial de convalescence. »

Dr Marie.

NEUROLOGIE

—

POULS ET TEMPÉRATURE DANS LES VERTIGES ÉPILEPTIQUES,

Par L. Marchand,
Interne des asiles de la Seine.

Un auteur anglais, Gibson, montrait le premier, en 1866, qu'il y avait élévation de température dans les accès d'épilepsie. Il cite le cas d'un malade dont la température était de 37°1 à l'état normal et de 39°8 pendant un accès (1). M. Bourneville, en 1870, dans sa thèse inaugurale, intitulée : « Études de thermométrie clinique dans l'hémorrhagie cérébrale et dans quelques maladies de l'encéphale », précisa la question et montra que les accès isolés d'épilepsie déterminaient une légère élévation de température. En 1872, dans ses « Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux », cet auteur rapportait de nouveaux faits confirmant les premiers. Quelques années plus tard, un auteur allemand, M. Witkowski, contesta l'exactitude de la règle donnée par M. Bourneville : « Non seulement, dit-il, chaque accès pris individuellement n'exerce généralement aucune action sur la température du corps du patient, mais les séries d'accès répétés dont cependant les effets devraient s'additionner, peuvent évoluer sans déterminer de fièvre, surtout lorsque leur chiffre n'est pas élevé et que le trouble de connaissance n'est ni profond, ni prolongé (2). » En 1887, M. Bourneville réunissait 60 faits nouveaux très démonstratifs et arrivait aux conclusions suivantes : 1° Les accès isolés d'épilepsie augmentent la température centrale ; 2° cette augmentation varie entre 1/10 de degré et 1° 4/10. Elle est en moyenne de 5/10 à 6/10 de degré. En outre, M. Bourneville montrait que dans les accès sériés, mais dans l'intervalle

(1) *The Journal of mental scienci*, vol. XIII, p. 497.

(2) Witkowsky. De la fièvre épileptique et de quelques autres questions cliniques concernant l'épilepsie. (*Berlin. klin. Wochenschrift*, oct. 1886.)

desquels la connaissance revenait, l'élévation thermométrique ne s'élevait souvent pas plus avec le dernier accès qu'avec le premier. En 1892, M. Duflocq (1) formulait contre ces conclusions les mêmes critiques que l'auteur allemand Witkowski. M. Bourneville répondit à la critique et arriva aux mêmes conclusions que tout d'abord en présentant alors 66 faits nouveaux.

Ce fait bien établi par M. Bourneville nous engagea à rechercher si cette élévation de température constante dans les accès épileptiques l'était aussi dans les vertiges épileptiques. Le vertige épileptique n'est que l'ébauche d'un accès ; c'est un accès incomplet, dans lequel le malade pâlit, perd connaissance, écume quelquefois ; les convulsions sont très limitées, localisées, aux muscles de la face ou à quelques muscles des membres ; l'évolution en est très rapide, dure en tout quelques secondes. A priori, nous pouvions penser que le vertige épileptique devait s'accompagner d'une élévation thermique légère, plus légère que celle produite par l'accès épileptique.

Dans nos recherches entreprises (2) dans le service de M. Toulouse à l'asile de Villejuif, nous avons cru nous mettre à l'abri des diverses erreurs que l'on pouvait commettre, en agissant comme il suit. Dès qu'une malade avait un vertige, elle était immédiatement transportée sur un lit et recouverte d'une couverture pour empêcher tout refroidissement qui aurait pu agir sur la température centrale. Le thermomètre était placé immédiatement dans le rectum. Le degré de température n'était noté que cinq minutes après la pose du thermomètre et encore cette première température était-elle marquée d'un point d'interrogation. La température était notée ensuite de cinq minutes en cinq minutes. Nous nous sommes servi de thermomètres centigrades vérifiés et ceux-ci restaient dans le rectum tout le temps de l'observation.

I

Température.

Nous nous sommes attaché à répondre aux questions suivantes :

1° Le vertige épileptique détermine-t-il une élévation de température ?

2° Quelles sont les diverses phases de l'élévation de température ?

3° Le rapport qui existe entre l'élévation de température et l'intensité du vertige.

(1) Duflocq. De l'épilepsie partielle sous-corticale. (*Rev. de méd.*, 1891.)

(2) Ces recherches ont fait l'objet de notre thèse. (Paris, 1898.)

1° *Le vertige épileptique détermine-t-il une élévation de la température centrale ?*

Nous avons pris pour répondre à cette question 22 observations de vertiges dans lesquelles nous avons noté le maximum de l'élévation de température provoquée par le vertige et le minimum de la température observée ensuite, c'est-à-dire la température revenue à la normale.

Noms	Maximum de l'élévation de température	Température normale	Différence	
Bar.....	37°3	37°2	1	dixième de degré.
Hosch.....	36°8	36°7	1	»
Hosch.....	36°9	36°8	1	»
Del.....	37°3	37°2	1	»
Hal.....	37°3	37°2	1	»
Boil.....	37°6	37°4	2	»
Rivol.....	37°5	37°3	2	»
Megr.....	37°6	37°4	2	»
Hosch.....	37°4	37°2	2	»
Hosch.....	37°2	37°	2	»
Hosch.....	36°8	36°6	2	»
Aill.....	37°4	37°1	3	»
Leg.....	37°2	36°9	3	»
Hosch.....	36°7	36°4	3	»
Hosch.....	36°7	36°4	3	»
Pol	37°5	37°1	4	»
Meg.....	37°2	36°8	4	»
Leg.....	36°8	36°4	4	»
Leg.....	36°9	36°5	4	»
Bar.....	37°1	36°6	5	»
Hosch.....	36°7	36°2	5	»
Hosch.....	37°	36°4	6	»
Moyenne			3	»

Ces observations montrent que le vertige épileptique détermine une élévation de température. Si nous établissons une moyenne d'après ces divers cas, nous trouvons que l'élévation de température est de 3 dixièmes de degré. Elle varie entre 1 dixième et 6 dixièmes de degré.

2° *Quelles sont les diverses phases de l'élévation de température ?*

Quatre questions étaient à résoudre : à quel moment a lieu l'élévation maximum de la température ? Combien de temps dure ce maximum ? Combien de temps la température met-elle pour

revenir à la température ? Comment la température revient-elle à la normale ?

A quel moment a lieu l'élévation maximum de la température ? Nous n'avons pu prendre la température au moment même des vertiges. Le thermomètre était placé immédiatement après les vertiges, mais ce n'est que quelques minutes après que nous pouvions noter la température. Sur 37 observations, nous trouvons que, dans 21 cas, la température avait atteint son maximum huit minutes après le vertige ; dans seize cas, il a fallu plus longtemps. Nous donnerons sous forme de tableau les quinze observations suivantes : nous citerons en détail la seizième, car dans cette observation nous avons pris la température avec un thermomètre à la minute de Claude Bernard, ce qui nous a permis de faire des observations très intéressantes.

Noms	Heure du vertige	Heure de l'élévation maximum	Temps écoulé entre l'heure du vertige et le moment où la température a atteint son maximum.
—	—	—	—
Hosch...	4 1	4 10	9 minutes.
Kol.....	4 17	4 27	10 »
Hosch...	4 5	4 16	11 »
Hosch...	1 20	1 31	11 »
Meg....	5 18	5 30	12 »
Hosch...	3 20	3 32	12 »
Riv.....	1 4	1 16	12 »
Del.....	4 20	4 33	13 »
Leg.....	2 45	2 58	13 »
Hosch...	10 5	10 20	15 »
Hosch...	10 50	11 5	15 »
Hosch...	3 19	3 35	16 »
Bar.....	2 55	3 12	17 »
Aill.....	9 44	10 20	36 »
Hosch...	4 30	5 7	37 »
Moyenne.....			15 minutes.

Dans notre seizième observation la température a atteint son maximum trois minutes après le vertige. Voici cette observation : Ail... a un vertige à 10 h. 13 du matin. Le thermomètre à la minute est placé à 10 h. 14 ; à 10 h. 15, la température est de 37°3 ; elle atteint 37°4 à 10 h. 16 et reste ensuite stationnaire quelque temps pour revenir à la normale.

D'après cette dernière observation, on est en droit de se demander si dans les observations où nous avons relevé le maximum

de la température huit minutes après le vertige, nous n'aurions pu le relever plus tôt un certain nombre de fois, si les thermomètres avaient été plus sensibles. Ce qui est sûr, c'est que dans les 16 autres cas, il a fallu en moyenne un quart d'heure pour atteindre ce résultat.

Combien de temps dure le maximum de l'élévation de la température ? Nous avons pris 17 observations dans lesquelles nous avons noté la durée de l'élévation maxima de la température après les vertiges.

Noms.	Durée du maximum de l'élévation de la température.
Bor	5 minutes.
Bor	5 »
Del	5 »
Hosch	5 »
Boi	5 »
Pol	6 »
Ail	10 »
Riv	10 »
Hosch	14 »
Hosch	14 »
Hosch	15 »
Del	16 »
Meg	17 »
Leg	19 »
Kol	20 »
Ail	35 »
Moyenne	13 »

D'après ces observations, on voit que la durée de ce maximum est très variable ; elle est en moyenne de 13 minutes ; elle peut varier de cinq minutes à une demi-heure.

La température revient à la normale après un temps très variable suivant les cas. Nous avons recueilli 26 observations parmi lesquelles six montrent que la température a mis une demi-heure environ à revenir à la normale ; dans quatorze autres observations, il a fallu une heure. Dans deux observations la température est restée la même une heure après le vertige et dans quatre la température s'est encore élevée une heure après le vertige. D'après une moyenne établie sur ces observations, nous trouvons que la température met environ quarante minutes pour revenir à la normale.

Comment la température revient-elle à la normale ? L'abaisse-

ment de température a lieu généralement d'une façon régulière. Nous avons remarqué qu'après les accès épileptiques, la température revenait quelquefois à la normale en présentant certaines oscillations ; nous n'avons jamais observé ce fait après les vertiges.

3° *Rapport entre l'élévation de la température et l'intensité du vertige.*

Il est difficile de dire qu'un vertige est plus intense qu'un autre en se basant sur tel ou tel symptôme ; on ne peut se baser sur sa durée qui est toujours très courte ni sur le caractère des convulsions ni sur la durée de la perte de connaissance. Mais un vertige n'est qu'un accès ébauché : c'est un accès très court accompagné de convulsions peu appréciables ; c'est un accès dans lequel la perte de connaissance est à son minimum. M. Bourneville a trouvé comme élévation de température moyenne après les accès 5/10 de degré ; nos recherches sur le même sujet se sont accordées parfaitement avec les siennes (1). Le vertige épileptique ne détermine qu'une élévation moyenne de température de 3/10 de degré. L'élévation de température provoquée par le vertige est donc elle-même moins grande que dans les accès ; elle suit en cela les autres phénomènes qui sont tous atténués dans le vertige. D'après ce fait, nous sommes autorisés à dire que l'élévation de température dans les accès et les vertiges épileptiques est d'une façon générale en rapport avec leur intensité.

II

Pouls.

Nous avons procédé de la manière suivante pour prendre nos observations. Dès qu'une malade avait un vertige, elle était couchée et restait alitée tout le temps que durait l'observation. Les variations du pouls produites par le travail musculaire étaient nulles. Il nous fallut aussi éviter les modifications du pouls causées par l'émotion. C'est alors que les effets provoqués par l'approche du médecin étaient dissipés que nous notions les pulsations.

Les questions que nous nous sommes posées sont celles-ci :

1° Le vertige détermine-t-il une accélération du pouls ?

2° Quelles sont les diverses phases de cette accélération ?

(1) L. Marchand.— Pouls et température dans les accès épileptiques, les vertiges épileptiques et les attaques hystéro-épileptiformes. (*Thèse de Paris*, 1898.)

3° Y a-t-il un rapport entre l'accélération du pouls et l'intensité du vertige ?

1° *Le vertige épileptique détermine-t-il une accélération du pouls ?*

Les sept observations suivantes vont répondre à la question :

Noms.	Maximum de l'accélération.	Pouls normal.	Différence.
Ail.....	106 puls.	80 puls.	26 puls.
Riv.....	102 »	76 »	26 »
Riv.....	98 »	76 »	22 »
Kah.....	88 »	72 »	16 »
Nour.....	84 »	70 »	14 »
Col.....	80 »	68 »	12 »
Moyenne.....		19 pulsations.	

Notre septième observation est celle de la malade Hosch... qui eut trois vertiges pendant notre examen. Son premier vertige survint à 2 h. 55 du soir; à 2 h. 57, le pouls est de 86 pulsations; il descend ensuite à 72 à 3 h. 6. A 3 h. 7, nouveau vertige ; le pouls remonte immédiatement à 82, puis atteint 84 pulsations à 3 h. 10 et descend à 80 à 3 h. 12. A 3 h. 15, nouveau vertige ; le pouls remonte à 94 pulsations immédiatement pour descendre ensuite à la normale à 3 h. 20.

Ces observations montrent que le vertige épileptique détermine une accélération du pouls. Si nous établissons une moyenne, nous trouvons que le vertige élève le pouls normal de 19 pulsations par minute.

2° *Quelles sont les diverses phases de l'accélération du pouls ?*

Dans la moitié des cas, l'accélération du pouls fut à son maximum immédiatement après le vertige : dans l'autre moitié, ce ne fut que quelques minutes après le vertige que celui-ci fut atteint. De plus, l'accélération maximum n'est que de courte durée ; elle ne persiste que deux ou trois minutes ; le pouls revient à la normale d'une façon régulièrement décroissante.

Le temps que met le pouls à revenir à la normale après un vertige est très variable. Nous avons pris six observations dans lesquelles nous avons noté l'heure du vertige, l'heure du retour du pouls à l'état normal. Le temps maximum qu'il a fallu pour que le pouls revienne à la normale fut de 1 h. 56 et le temps minimum de 18 minutes. Nous avons trouvé qu'il fallait en moyenne 42 minutes.

3° *Rapport entre l'accélération du pouls et l'intensité des vertiges.*

L'élévation thermique produite par les accès et les vertiges épileptiques est en rapport avec leur intensité. Nous pouvons ajouter maintenant que l'accélération du pouls suit la même règle. Si nous comparons accès et vertiges au point de vue de l'accélération maximum qu'ils déterminent, nous trouvons que les accès augmentent en moyenne le pouls normal de 31 pulsations par minute, les vertiges de 19 pulsations seulement. Comme le vertige n'est qu'un accès peu intense, il y a tout lieu de croire que l'accélération du pouls est généralement en rapport avec l'intensité des accès ou des vertiges.

Le vertige épileptique détermine donc une accélération du pouls et une élévation de la température centrale ; mais là, comme dans l'accès épileptique, l'accélération du pouls est plus sensible que l'élévation de température. Tandis que la température s'élève en moyenne de trois dixièmes de degré, le pouls atteint fréquemment 90 et 100 pulsations par minute. Après le vertige, la température et le pouls suivent quelquefois une même courbe, mais ce fait est loin d'être constant. Chez une de nos malades observées nous avons pu prendre le pouls et la température après trois vertiges consécutifs, le thermomètre étant resté à demeure dans le rectum pendant toute l'observation. Le pouls et la température ont été simultanément influencés par les vertiges.

Nous avons comparé les modifications du pouls et de la température dans les accès épileptiques, les vertiges et les attaques hystéro-épileptiques. Nous donnons dans le tableau ci-contre les résultats de nos recherches. D'après ce résumé, il ressort que le vertige épileptique produit une élévation de température (3 dixièmes de degré) moindre que celle produite par l'accès épileptique (cinq dixièmes de degré) et l'attaque hystéro-épileptiforme (quatre dixièmes de degré). Dans les états de mal hystérique et épileptique, il se produit cependant une grande différence. Tandis que dans l'état de mal hystérique, la température s'élève peu ou pas du tout (Bourneville), dans l'état de mal épileptique, celle-ci atteint facilement 40° et au-dessus. Nous avons observé dernièrement deux malades atteintes d'état de mal épileptique ; chez celles-ci l'état de mal ne fut constitué que par des vertiges. La température prise plusieurs fois par jour chez ces malades nous montra qu'elle était moins élevée que dans les états de mal constitués par des accès épileptiques. C'est ainsi que la première de nos malades ayant eu dans la journée 81 vertiges n'avait le soir

Température.					Pouls.				
Elévation de la température au-dessus de la normale.	Durée de l'élévation.	Heure du maximum de l'élévation.	Durée de l'élévation maximum.	Comment la température revient à la normale.	Accélération du pouls.	Durée de l'accélération.	Heure du maximum de l'accélération.	Durée de l'accélération maximum.	Comment le pouls revient à la normale.
ACCÈS ÉPILEPTIQUES.									
5 dixièmes de degré.	40 minutes.	20 minutes après l'accès.	10 minutes.	Décroît régulièrement.	31 pulsations.	50 minutes.	16 minutes après l'accès.	5 minutes.	Se ralentit régulièrement.
VERTIGES ÉPILEPTIQUES.									
3 dixièmes de degré.	40 minutes.	15 minutes après le vertige.	13 minutes.	Décroît régulièrement.	19 pulsations.	42 minutes.	Dans la moitié des cas, elle a lieu immédiatement après le vertige. Dans l'autre moitié, elle a lieu 8 minutes après le vertige.	2 minutes.	Se ralentit régulièrement.
ATTAQUES HYSTÉRIQUES.									
4 dixièmes de degré.	35 minutes.	Dans les 2/3 des cas, elle a lieu au début de la 3e période de l'attaque. Dans les autres cas, elle a lieu 43 minutes après le début de l'attaque.	8 minutes.	Décroît régulièrement.	57 pulsations.	30 minutes.	Au début même de l'attaque.	4 minutes.	Présente des alternatives de ralentissement et d'accélération.

que 39°1 de température et la seconde 39° après avoir eu 285 vertiges dans les 24 heures précédentes. Ces deux cas nous montrent que dans l'état de mal constitué par des vertiges épileptiques, la température s'élève moins que dans les états de mal constitués par des accès épileptiques et beaucoup plus que dans les états de mal hystériques.

Si nous examinons nos résultats au point de vue des modifications du pouls causées par les accès épileptiques, les vertiges et les attaques hystéro-épileptiformes, nous trouvons que là encore c'est le vertige qui occasionne la moindre accélération du pouls. Tandis que l'accélération du pouls dans une attaque hystéro-épileptique est en moyenne de 57 pulsations au-dessus de la normale et de 31 pulsations après un accès, l'accélération n'est que de 19 pulsations après un vertige.

Au point de vue pathogénique, il est difficile de dire à quoi sont dues l'accélération du pouls et l'élévation de la température dans les accès, les vertiges épileptiques et les attaques hystéro-épileptiformes. Nous avons observé le pouls au début même des accès épileptiques et des attaques hystériques, à la phase tonique. Nous avons pu constater ce fait, c'est que dans les attaques hystéro-épileptiques le pouls est plus fréquent au début de l'attaque que dans les autres périodes de l'attaque et notamment que dans la phase des grands mouvements. Il y aurait donc, dans cette névrose, une relation entre les convulsions toniques et les accélérations du rythme cardiaque.

Dans les accès épileptiques et les vertiges épileptiques, le maximum de l'accélération du pouls a lieu en général quelques minutes après le début de l'accès (16 minutes en moyenne), alors que les convulsions toniques et cloniques sont terminées. Les mouvements et l'accélération du pouls ne semblent pas, dans ce cas, avoir quelque relation. Nos recherches au sujet des variations thermiques dans les crises convulsives des deux névroses nous ont montré que l'élévation maximum de la température a lieu après les crises convulsives.

Une autre hypothèse qui peut être faite à ce sujet, c'est que l'élévation de température et l'accélération du pouls seraient produites par l'excitation de centres thermiques et accélérateurs des mouvements cardiaques. Dans les accès épileptiques, la température serait de plus influencée par les combustions organiques qui accompagnent les crises convulsives.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 juin 1899

Présentation d'un exhibitionniste.— Présentation d'un crâne d'idiote. — Paralysie générale chez un épileptique.

M. *Magnan* présente à la Société un exhibitionniste. Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années qui a subi déjà quatre condamnations pour avoir exhibé dans un lieu public ses organes génitaux. Il procède en général de la façon suivante : il va dans un square, s'asseoit sur un banc où se trouve une femme, cherche à engager la conversation avec elle et quand il y est parvenu, finit par exhiber ses organes génitaux. Une fois l'acte accompli, il éprouve une grande satisfaction. Contrairement à ce qui se passe habituellement chez les malades de cette catégorie, il n'a pas d'érection au moment de l'exhibition et la pollution ne survient que s'il se masturbe.

Une autre particularité que présente encore ce malade consiste dans l'absence d'angoisse, quand il n'est pas arrivé à accomplir l'acte morbide. S'il s'est trouvé dans l'impossibilité d'obéir à son impulsion, il éprouve simplement de l'ennui,mais non pas l'angoisse si pénible que ressentent ces malades quand ils n'arrivent pas à satisfaire leur appétit anormal. En somme,ce malade présente surtout un affaiblissement de la volonté avec l'idée obsédante d'exhiber ses organes génitaux.

M. *Doutrebente* présente le crâne d'une jeune fille idiote entrée à l'asile de Blois en 1895 et où elle est morte récemment, à l'âge de vingt ans.

M. *Toulouse* fait une communication sur un cas de paralysie générale chez un épileptique (voir le dernier numéro).

M. *Arnaud* croit qu'on étend démesurément le champ de la paralysie générale. Avant d'en agrandir le domaine, il conviendrait, d'après lui, de déterminer d'une façon précise ce qu'est la paralysie générale au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique. C'est là un travail qui, à l'heure actuelle, se trouve loin d'être accompli.

Dans le cas que rapporte M. Toulouse, l'autopsie semble révéler des lésions anciennes, et, comme il ne voit pas de concordance complète, au point de vue de la durée, entre les signes

cliniques et les lésions anatomo-pathologiques, il se demande s'il s'agit bien réellement de paralysie générale.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on serait plutôt, en ce moment, relativement à la paralysie générale, dans une période de transition ; l'accord n'est pas fait sur les lésions qu'il convient de regarder comme caractéristiques de cette affection, et la formule histologique de cette maladie est encore à trouver.

En somme, l'observation de M. Toulouse ne lui paraît pas convaincante, comme d'ailleurs le plus grand nombre des observations analogues qui ont été publiées jusqu'à ce jour.

F. P.

LIVRES REÇUS

—

ALVARO FERNANDES.— *Moral Insanity*. Thèse Rio de Janeiro, 1 vol. de 346 pages.

VIGNES.— *Essai sur la Folie Consciente*. Thèse Paris, P. Delmar.

LUCIEN PICQUÉ ET M. FEBVRÉ.— *Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations gynécologiques, dans certaines formes d'aliénation mentale*. Brochure 37 pages. (Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, séance du 29 mars 1899.)

GENTIN.— *Contribution à l'étude des rapports de la chorée avec menstruation et la puerpéralité*. Thèse Paris, G. Carré et Naud.

MAURICE BIZE. — *Action des sérums de Roux et de Marmorek sur les globules sanguins*. Thèse Paris, G. Carré et Naud.

H. PLAIGNARD. — *L'état mental dans le goitre exophtalmique*. Thèse Montpellier, Firmin et Montane.

MARCEL MANHEIMER. — *Les troubles mentaux de l'enfance*. Précis de psychiatrie infantile avec les applications pédagogiques et médico-légales, Paris, Société d'Editions Scientifiques, 1 vol. in-18, 188 pages, 5 francs.

RAYMOND CESTAN. — *Le syndrome de Little. Sa valeur nosologique. Sa pathogénie*. Thèse Paris, Steinheil.

J. ARMANDIN. — *Contribution à l'étude de l'Acroparesthésie. Fourmillement des mains*. Thèse Paris, Paul Delmar.

Mlle MARIE FILITZ. — *Etude de l'oreille hystérique*. Thèse Paris, Jouve et Boyer.

ALFRED BINET.— *L'année psychologique*, 5e année, 1 volume, 902 pages, Schleicher, 15 francs.

NIEWENGLOWSKI.— *Technique et applications des Rayons X. Traité pratique de radioscopie et de radiographie*, avec 78 figures dans le texte et 8 planches hors texte, 1 volume de 161 pages. Paris, Desforges, 3 francs.

BOURNEVILLE. — *Création de classes spéciales pour les enfants arriérés*.

Lettre à Monsieur Charles Dupuy, Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur. Progrès médical, 1899.

A. De Beaumais.— *Paralysies radiales d'origine alcoolique.* Thèse Paris, Delmar.

A. Marro.— *Le rôle social de la puberté.* Brochure, Turin.

Le Filliatre. — *Pyélonéphrite calculeuse consécutive à une hydronéphrose ancienne de même origine. — Néphrectomie lombaire totale et urétérectomie partielle. — Guérison.* Extrait du Bulletin de la Société anatomique, mai 1899.

Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des asiles de traitement du département de la Seine. Compte moral et financier de l'exercice 1898. Paris, Imprimerie de l'Œuvre d'Auteuil, 1899.

Fritz Sano. — *Du régime des aliénés à Anvers.* Brochure Anvers, 1899.

Fritz Sano. — *La statistique des aliénés à Anvers.* Brochure Gand, 1899.

E. Gellé. — *L'audition et ses organes.* 1 volume in-8°, 326 pages, 70 figures. Félix Alcan, 6 francs.

Paul Sainton. — *L'Amyotrophie. Type Charcot-Marie.* Thèse, Paris. Steinheil.

Maurice Leprince. — *Le début de la Spermatogénèse dans l'espèce humaine. Applications médico-légales.* Thèse, avec 4 planches hors texte. Paris. Steinheil.

Emile Baron. — *Considérations sur le saturnisme chez les alcooliques.* Thèse Paris. Jouve et Bayer.

Emile Lucchini. — *De la responsabilité de la femme pendant la grossesse au point de vue médico-légal.* Thèse, Montpellier. Firmin-Montane.

François Chiffre.— *Essai sur la pathogénie de quelques effets morbides des émotions. L'Émotion-Toxémie.* Thèse Montpellier. Imprimerie de la Manufacture de la Charité.

Chr. Kara-Eneff. — *De l'influence de la tuberculose pulmonaire sur l'aliénation mentale.* Thèse Montpellier. Imprimerie Delord Bœhm et Martial.

Georges Magoulas. — *La Cure de la Morphinomanie. Traitement de Lafoux.* Thèse Montpellier. Imprimerie centrale du Midi.

Jules Paraire. — *Les ecchymoses sous-pleurales. Mode de production. Importance médico-légale.* — Thèse Montpellier. Firmin et Montane.

Marcel Natier.— *La Neurasthénie et certaines affections du Nez et de la Gorge.* (Travail de l'Institut de Laryngologie et Orthophonie.) Extrait de la Parole, 6, rue Antoine-Dubois, Paris.

Gustave Pochon. — *Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit.* G. Carré et Naud.

Les *sourds* ont toujours été un sujet d'observations aussi intéressant pour les philosophes et savants que curieux pour les gens du monde. Ils viennent d'être l'objet d'un nouveau livre qui paraît dans la *Bibliothèque scientifique internationale*, dirigée par M. Em. Alglave : **L'Audi-**

tion et ses organes, par le Dr Gellé qui s'est fait depuis longtemps une spécialité de cette étude.

L'auteur examine successivement les caractères des vibrations sonores et les organes auditifs. Puis il arrive aux sensations auditives qu'il étudie dans toutes leurs variétés, dans leurs formes normales et dans leurs déformations morbides, si curieuses pour le public et si intéressantes pour ceux qui étudient les maladies de l'oreille. De nombreuses illustrations permettent de suivre les descriptions et reproduisent les phénomènes les plus importants. (1 vol. in-8°, avec 70 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise. Félix Alcan, éditeur. Prix : 6 fr.)

L'anatomie élémentaire du corps humain, par le docteur E. Radaud, Schleicher frères, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

Cet ouvrage comprend 96 pages de texte avec 61 figures et 4 planches coloriées à feuillets découpés et superposés. Prix : 4 francs.

Les planches que le texte accompagne, grâce à leur disposition par feuillets découpés et superposés, faciliteront la lecture des démonstrations en même temps qu'elles fixeront le souvenir d'une façon précise permettant comme une sorte de dissection.

La Bicyclette, sa construction et sa forme, par C. Bourlet, docteur ès Sciences, membre du comité technique du Touring-Club de France. Gauthier-Villars, 55, quai des Grands-Augustins, 1 vol. grand in-8°, 228 pages et 261 figures, 1899, 4 fr. 50.

M. Bourlet, l'Auteur bien connu du *Nouveau Traité des Bicycles et Bicyclettes*, récemment couronné par l'Académie des Sciences, vient de faire paraître un nouveau Volume dans lequel les cyclistes trouveront les renseignements les plus complets sur tous les types de machines actuellement employées, sur leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans un chapitre, M. le Dr Mally, qui a bien voulu prêter le concours de sa plume autorisée à M. Bourlet, donne, sous la forme la plus concise, les règles élémentaires d'hygiène qu'un touriste doit observer.

Cet ouvrage, comme on le voit, vient heureusement compléter les deux Volumes du *Nouveau Traité* du même Auteur et forme ainsi, avec eux, un ensemble complet dont la place est indiquée dans la bibliothèque de tout touriste digne de ce nom.

Le numéro de juillet de la *Revue Socialiste*, que dirige le député Gustave Rouanet, ne le cède en rien aux fascicules précédents ; c'est toujours la même variété dans les sujets traités, et la même recherche dans le choix des collaborateurs.

Nous y trouvons un remarquable article de Louis Durieu sur la « Naturalisation des Juifs Algériens » ; la suite de l'étude d'Edgard Milhaud sur le « Troisième Congrès des Syndicats Allemands » ; la première partie d'un nouveau roman fort intéressant et très littéraire, appelé à

un gros succès du député Eugène Fournière, il a pour titre : « Le Rêve de Pierre Davant » ; une étude très consciencieuse sur les « Plus-values immobilières » en cas d'expropriations par les Communes et par l'Etat, due à Adrien Veber, vice-président du Conseil municipal de Paris. Des articles signés : Paul Lafargue, « Recherches sur l'origine de l'idée de Justice » ; Paul Louis, « La Question Sud-Africaine » ; une revue philosophique et une revue des livres d'Eugène Fournière, etc.

Le numéro **1 fr. 50.** — Abonnements : France, 1 an **18 fr.** ; Etranger : 1 an **20 fr.** — Rédaction et administration, 78, Passage Choiseul, Paris. (Rodolphe Simon, administrateur.)

INFORMATIONS

—

Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée (30 juillet-5 août 1900). — *Règlement général du Congrès.* — Art. premier. — Un congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée se tiendra à Paris en 1900, à l'occasion de l'exposition universelle et sous le patronage du gouvernement français.

Art. 2. — Les gouvernements, les établissements publics d'assistance, les institutions, sociétés et corporations de bienfaisance sont invités à prêter leur concours au Congrès et à y déléguer des représentants

Sont, en outre, individuellement invités à y prendre part les personnes que désignent à cet effet leurs travaux, leurs fonctions ou leurs occupations charitables.

Art. 3. — L'organisation du Congrès est confiée à une commission dont les membres sont nommés par M. le commissaire général de l'Exposition de 1900. Cette commission élit son bureau ; elle nomme le président d'honneur et les membres d'honneur ; elle choisit parmi ses membres un Comité exécutif chargé de prendre les dispositions nécessaires à la préparation et à la tenue du Congrès.

Le bureau de la Commission d'organisation est le même que celui du comité exécutif : il est également celui du Congrès avec adjonction d'un président et de vice-présidents étrangers. Les séances du Congrès sont présidées à la fois par un président français et par un président étranger.

Art. 4. — Le Congrès tient ses assemblées générales dans l'après-midi, aux heures fixées par son règlement intérieur. A ces assemblées ne sont discutées que les questions dites « Questions du Congrès » et dont le texte est annexé au présent règlement. Chacune de ces questions sera l'objet d'un ou de plusieurs rapports imprimés et distribués aux membres du Congrès quinze jours au moins avant l'ouverture de ses travaux. Autant que possible, chaque question sera traitée à la fois par des rapporteurs français, par des rapporteurs étrangers et par un rapporteur général ; ces rapporteurs seront choisis par la commission d'organisation sur la proposition du comité exécutif, sauf ceux de la question de l'assistance par le travail qui sont désignés par le bureau de la 4e section (1).

Art. 5. — Toutes autres questions concernant l'assistance publique et la bienfaisance privée pourront être soumises au Congrès : elles seront discutées exclusivement dans les séances de sections. Les auteurs de communications sont instamment priés de faire connaître le plus tôt possible le titre et les conclusions de leurs mémoires et d'envoyer ces mémoires au

(1) La 4e section est constituée par le Congrès des œuvres d'assistance par le travail qui s'est rattaché au Congrès général d'assistance et de bienfaisance.

secrétariat général au moins trois mois avant l'ouverture du Congrès (2). Le comité exécutif se réserve d'apprécier si ces communications rentrent dans le cadre des travaux du Congrès ; il peut en ordonner l'impression et la distribution soit avant le Congrès, soit dans le recueil des travaux du Congrès.

Art. 6. — Le Congrès comprend quatre sections, savoir ;

Première section. — Enfance.

Deuxième section. — Malades, infirmes, incurables, vieillards.

Troisième section. — Indigents valides : œuvres autres que celle d'assistance par le travail. Questions générales.

Quatrième section. — Œuvres d'assistance par le travail.

Les sections peuvent se réunir quand il leur convient pendant la durée du Congrès, sauf aux heures où a lieu une réunion générale. Il y aura une réunion régulière de chaque section chaque matin. Chaque section disposera d'un local spécial.

Chaque membre du Congrès aura la faculté de s'inscrire à une ou plusieurs sections.

Les membres des bureaux de sections, sauf celui de la quatrième section, qui est d'ores et déjà formé (3), seront désignés par la commission d'organisation.

Art. 7. — Le Congrès se compose de membres adhérents, nationaux ou étrangers et des délégués du gouvernement français ou des gouvernements étrangers qui sont de droit membres du Congrès.

Les adhésions sont recueillies tant par les secrétariats de section que par le comité exécutif et centralisées au secrétariat général. Elles ne sont définitives qu'après acceptation par le comité exécutif. Les dames sont priées d'adhérer au Congrès.

Art. 8. — Les membres adhérents versent une cotisation de 20 fr. Cette cotisation est définitivement acquise au Congrès par le fait de l'adhésion ; elle ne saurait être restituée qu'au cas où l'adhésion ne serait pas acceptée par le comité exécutif.

(2) Ce délai est nécessité par les exigences de l'impression et de distribution des mémoires qui paraîtront devoir être publiés avant le Congrès.

(3) Bureau du Congrès des œuvres d'assistance par le travail.

La cotisation est facultative pour les délégués des gouvernements.

La cotisation donne droit à toutes les publications du Congrès.

Art. 9. — Toutes les sommes encaissées au nom du Congrès sont versées entre les mains de son trésorier. Il sera désigné un trésorier-adjoint chargé de seconder le trésorier, notamment dans l'encaissement des cotisations et le paiement des menues dépenses.

Les paiements des dépenses ne pourront être régulièrement effectués qu'en vertu d'une décision du bureau du comité exécutif.

Art. 10. — Les membres du Congrès pourront seuls lui soumettre des communications, assister à ses séances et prendre part aux discussions soit de l'assemblée générale, soit des réunions de section. Ils recevront une carte personnelle qui leur sera délivrée par les soins du comité exécutif.

Art. 11. — La langue française est la langue du Congrès. Les communications écrites en langue étrangère pourront être reçues ; elles pourront être également imprimées, soit en traduction française, soit dans leur langue originale, accompagnées d'un résumé en français. Dans tous les cas, les conclusions devront être traduites et publiées en français.

Il est désirable que les communications verbales ne soient faites en langue étrangère qu'autant qu'elles pourront être immédiatement traduites.

L'ensemble des travaux du Congrès sera recueilli et publié sous la direction du comité exécutif. La commission d'organisation se réserve expressément le droit de limiter l'étendue des publications.

Art. 12. — L'ordre des séances et la direction des travaux du Congrès feront l'objet d'un règlement intérieur préparé par le comité exécutif et commun aux sections, ainsi qu'à l'assemblée générale.

Bureau actif.

Président : M. Casimir-Perier, ancien président de la République française, président de l'Union d'assistance du XVIe arrondissement ; 23, rue Nitot, Paris.

Vice-présidents : MM. le prince d'Arenberg, député, président de la Société philanthropique, 20, rue de la Ville-l'Evêque, Paris ; le Dr Henri Henrot, ancien maire de Reims, an-

cien président de section du Congrès d'assistance de 1889, directeur de l'Ecole-de-Médecine, à Reims (Marne) ; Lucipia, président du Conseil municipal de Paris, membre du Conseil général de la Seine, 15, rue Béranger, Paris ; Henri Monod, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, membre de l'Académie de Médecine, 29, rue de Rémusat, Paris ; A. Muteau, député, secrétaire-général de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, 3, rue Lincoln, Paris ; le Dr Napias, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'administration générale de l'assistance publique de Paris, 3, place de l'Hôtel-de-Ville, Paris; Paul Strauss, sénateur de la Seine, directeur de la « Revue philanthropique », 76, avenue Wagram, Paris.

Secrétaire-général : M. le Dr H. Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris, ancien secrétaire-général du Congrès d'assistance de 1889, vice-président du Conseil supérieur de l'assistance publique, président de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, 37, boulevard Beauséjour, Paris.

Secrétaires-généraux-adjoints :MM. le Dr Bouloumié, secrétaire-général de l'Union des femmes de France et du Comité central des œuvres d'assistance par le travail, 19, rue d'Anjou, Paris ; Loys Brueyre, ancien secrétaire du Congrès d'assistance de 1889, président de la Société de l'allaitement maternel, administrateur délégué de l'œuvre du sauvetage de l'enfance et de l'orphelinat du faubourg Saint-Antoine,membre du Conseil d'administration de l'office central des œuvres de bienfaisance, 9, rue Murillo, Paris ; Georges Rondel, chef de service au ministère de l'Intérieur, 7, rue Cambacérès, au siège du secrétariat général du Congrès, et 25, rue Royale, Paris.

Trésorier : M. Gaufrès, ancien trésorier du Congrès d'assistance de 1889, ancien membre du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, président de l'orphelinat de la Seine, 55, rue Lemercier, Paris.

Trésorier-adjoint : M. Ernest Joly, délégué au contrôle des services de l'Assistance médicale gratuite, 7, rue Cambacérès, Paris.

BUREAU DE LA DEUXIÈME SECTION

(*Malades, Infirmes, Incurables, Vieillards.*)

Président : M. Hermann Sabran, président du Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon, vice-président du Conseil supérieur de l'assistance publique, 56, passage de l'Hôtel-Dieu, à Lyon.

Vice-Présidents : M. le Dr Armaingaud, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique, professeur du cours municipal d'hygiène ; 61, cours de Tourny, à Bordeaux ; Mme Sœur Candide, supérieure de l'hôpital d'Ormesson, 35, rue Miromesnil, Paris ; MM. le Dr Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris, membre du conseil supérieur de l'assistance publique, 6, rue de Berlin, Paris; Grosseteste-Thierry, ancien président de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance, 30, avenue Bugeaud, Paris ; Leroux, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, 22, rue de Chaillot, Paris.

Secrétaires : MM. le Dr Giraud, directeur de l'asile d'aliénés à Saint-Yon, ancien secrétaire général du Congrès de 1897, à Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure) ; le Dr Leroux, médecin du dispensaire Furtado-Heine et de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, 14, rue Chauveau-Lagarde, Paris ; Francis Sabran, ancien secrétaire général du Congrès de 1894, directeur de la caisse d'épargne de Lyon, 14, rue Gentil, à Lyon.

Secrétaire-adjoint : M. le Dr Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine).

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

ASSISTANCE

—

L'OPEN-DOOR EN ECOSSE (1)

Par Ed. Toulouse.
Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

On entend par *open-door* un mode d'assistance qui laisse un certain nombre d'aliénés libres, sur parole, de circuler dans ou hors des asiles dont les portes sont ouvertes (*door*, porte; *open*, ouverte) et, par extension, un ensemble de mesures libérales appliquées à l'assistance des aliénés. Il est plus ou moins en usage dans tous les asiles écossais. Nous l'avons vu fonctionner dans trois asiles : à Murthley, Larbert et Gartloch. Avant de donner quelques détails sur la pratique de l'open-door, il est bon de faire une description rapide de chacun de ces trois derniers établissements.

Asile de Larbert (Stirling).

L'asile de Larbert du district de Stirling existe depuis 30 ans. Cet établissement a contenu durant l'année 1897 une moyenne de 571 malades, dont 286 hommes et 285 femmes. L'étendue générale de l'asile est de 40 hectares, sur lesquels les constructions occupent un peu plus de 3 hectares. Il existe deux grands parcs qui permettent de faire dans l'asile des promenades d'une lieue et de grandes pelouses où les malades jouent.

Autour de l'asile est un mur d'un mètre de haut, qui est facile à sauter et qui sert plutôt de limite. Il n'y a pas de murs intérieurs.

L'asile, qui est dirigé par le Dr Mac-Pherson, se compose de trois parties :

1° L'hôpital qui est une nouvelle construction ;

2° Le *chronic-block* ;

3° Le quartier des travailleurs.

L'hôpital est une construction récente. Il sert à hospitaliser les entrants et les malades atteints de psychoses aiguës ; on y met aussi certains sujets à surveiller spécialement (les mélancoliques) et enfin les malades atteints de maladies physiques. Les malades entrants sont conservés à l'hôpital plus ou moins longtemps selon que le médecin escompte ou non une guérison prochaine. Les malades de l'hôpital sont envoyés soit dans le *chronic-block*, s'ils sont agités ou à surveiller, soit dans le quartier des travailleurs

(1) Extrait du Rapport au Conseil général de la Seine, sur l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse, 1898.

s'ils sont susceptibles de jouir d'une certaine liberté. L'hôpital contenait au moment de notre visite 100 malades.

On remarquera sur le plan du rez-de-chaussée que l'hôpital forme un organisme complet avec cuisine, magasin à provisions, plusieurs chambres de bains, etc. Nous retrouverons la même dsposition pour chacun des deux autres bâtiments. Il n'existe pas de service de bains commun à tous les quartiers ni de cuisine générale. Cela permet de faire une cuisine appropriée à chaque catégorie de malades et plus soignée. Il y a une salle à manger commune aux deux sexes et deux salles de réunion pour les malades qui peuvent se lever et circuler. En outre de celles-ci, les dortoirs qui représentent nos infirmeries offrent à leur extrémité un petit salon pour les malades qui ne peuvent pas sortir du dortoir. Les malades couchent dans les deux grands dortoirs qui forment les ailes latérales, dans deux petits dortoirs et dans les nombreuses chambres particulières dont certaines, attenant aux dortoirs, permettent l'isolement facile et temporaire des malades agités. Il faut surtout noter le nombre des chambres d'isolement qui est de 32 pour 100 malades, soit 1 pour 3. C'est là une admirable installation matérielle que nous ne saurions trop imiter.

Le premier étage de l'hôpital n'existe que sur les parties centrales. Il est pourvu de dortoirs et de chambres.

Le quartier des chroniques se trouve dans le vieil asile ; il contient 220 malades (hommes et femmes). On y met les chroniques tranquilles, gâteux et turbulents. Les malades les plus agités sont séparés des malades tranquilles, mais sans constituer un quartier spécial. Au rez-de-chaussée on remarquera une cuisine particulière au quartier, un réfectoire commun aux deux sexes pour les malades tranquilles et les autres aux malades turbulents ou malpropres. Les salles de bains sont nombreuses ainsi que les chambres d'isolement. Le 1er étage contient la salle des fêtes avec estrade, des dortoirs et des chambres d'isolement.

Le quartier des travailleurs contient 280 malades. On notera qu'il se compose principalement de salles de réunion, de dortoirs, d'une cuisine avec ses dépendances. On construisait, lors de notre visite à l'asile, un nouveau quartier des travailleurs.

L'asile de Larbert est, comme on peut en juger par les photographies que nous reproduisons, aménagé luxueusement, quoiqu'il n'ait coûté que 5,000 francs le lit. Les murs sont revêtus de faïences ou de boiseries et les parquets sont, en plusieurs endroits, recouverts de mosaïque. Les couloirs sont bien décorés et constituent de véritables salles de réunion. Nous avons remar-

qué que les lits étaient en bois ; chacun coûte 45 francs. Aucune fenêtre n'est grillée. Les oreillers sont brodés, et il existe des des descentes de lit. Il y a des tapis dans les dortoirs et même dans les chambres d'isolement. Les portes de ces dernières sont vitrées sur une partie de leur surface. Dans certaines de ces chambres, il existe des cheminées et une certaine décoration. Les cellules sont recouvertes de caoutchouc ; sur le parquet s'étend du linoléum.

Le calorifère employé est à air chaud.

Il n'existe pas de pavillons d'isolement ; mais il est possible d'isoler les contagieux avec des cloisonnements mobiles.

D'ailleurs les maladies contagieuses sont d'habitude envoyées à l'hôpital du district. Le superintendant nous a déclaré que si l'on construisait un pavillon d'isolement, il y soignerait les tuberculeux.

Le personnel médical de l'asile se compose d'un superintendant et de deux assistants. Naturellement le nombre des gardiens varie beaucoup suivant la section. C'est ainsi qu'il y en a 1 pour 5 malades à l'hôpital, 1 pour 8 malades dans le *chronic-block* et 1 pour 20 malades dans le quartier de l'*open-door*. Le personnel étant mieux réparti rend plus de services que dans les asiles aux quartiers homogènes.

C'est dans le quartier des travailleurs que l'on pratique surtout le système de l'*open-door*.

Les malades se lèvent à 6 heures 1/2 du matin et se couchent à 8 heures du soir. Le service de veille est assuré par sept gardiens.

Asile de Murthley.

Il est dirigé par le docteur Robertson, se compose de deux sortes de bâtiments ; les uns, constituant l'ancien asile, datent de trente-quatre ans ; les autres, les pavillons des malades libres, ont été construits il y a trois ans. L'établissement, situé près d'un village de 350 habitants, est exclusivement réservé aux malades indigents du comté de Perth, lesquels lui sont envoyés sans choix préalable. Il est aménagé avec beaucoup de goût, et l'on y rencontre le luxe coquet et intime des asiles écossais.

Le classement des malades est dans cet asile analogue à celui de Larbert. Il existe un hôpital, un quartier de chroniques et le quartier des travailleurs. Dans l'hôpital il y a trois quartiers, pour les tranquilles, les agités et les maladies physiques, contenant en tout 30 malades pour chaque division sexuée.

Le quartier des chroniques est appelé le *home* et contient le

même nombre de malades que l'hôpital ; il se divise en quatre quartiers, qui contiennent tous les chroniques. Le quartier des travailleurs étant celui où se pratique l'*open-door*, nous le décrirons plus loin.

Asile de Gartloch.

C'est l'asile le plus récent de l'Ecosse, il est ouvert depuis le mois de décembre 1896. On a vu plus haut, par la citation d'une brochure du docteur Sibbald, qu'il est considéré comme réalisant le type actuel des asiles écossais. Il a été construit par MM. Thomson et Sandilands et il est actuellement dirigé par le docteur Oswalds. Il a coûté 3,500,000 francs et a été aménagé pour 600 malades, hommes et femmes, soit un peu moins de 6,000 francs par lit.

Il faut un quart d'heure de chemin de fer pour s'y rendre de Glascow, près duquel il est situé et dont il est éloigné de 11 kilomètres.

L'étendue de l'asile est de 140 hectares, dont 16 hectares sont pris par les bâtiments, les cours et les jardins, le reste étant en cultures ou en bois.

L'asile est limité par un fil de fer courant sur de petits poteaux placés de distance en distance. D'un côté l'asile est bordé par un lac, d'où son nom. L'aspect est monumental comme on peut en juger par le plan que nous donnons.

Les façades évoquent plutôt l'idée de maisons de villégiature, ainsi qu'on peut en juger par la photographie d'un quartier de malades.

Le plan d'ensemble montre la disposition générale des bâtiments. Au sud sont : l'asile proprement dit avec les quartiers de chroniques et de convalescents, les bâtiments de l'administration, la grande salle à manger et de fêtes, et les services généraux, atelier, buanderie. Au nord et à l'ouest s'étend l'hôpital, avec les quartiers d'observation et le pavillon des maladies infectieuses.

Au moment où nous avons visité l'asile il y avait 540 malades, dont 400 à l'asile et 140 à l'hôpital.

L'hôpital, dont nous donnons le plan du rez-de-chaussée et du 1er étage, est naturellement divisé en deux parties symétriques, pour les hommes et pour les femmes.

Chaque division comprend un quartier d'observation situé au nord et destiné aux malades entrants, à ceux réclamant un traitement hospitalier, pour leurs maladies mentales ou corporelles, aux vieux et aux infirmes, et aussi à ceux dont les troubles men-

taux ne sont pas de longue durée. D'une façon générale, les malades ne restent pas plus d'une année dans l'hôpital.

L'hôpital consiste presque entièrement en constructions de rez-de-chaussée. Il est subdivisé en quartiers appropriés à chaque catégorie de malades énumérée plus haut. C'est ainsi que le quartier d'observation se compose d'une série de pièces appropriées aux étapes successives de l'admission d'un malade. Il y a d'abord une salle d'examen, où le malade entrant est interrogé et où l'on établit l'historique de la maladie ; de là, le sujet est introduit dans la salle de bains et ultérieurement dans une autre chambre qui contient un lit permettant un examen plus complet. C'est alors que l'entrant pénètre dans le quartier d'observation proprement dit, où il reste d'une semaine à un mois avant d'être envoyé dans un autre quartier de l'hôpital.

Dans cette division se trouvent une cuisine, une salle à manger commune, plusieurs chambres de réunion, des dortoirs dont les portes et fenêtres donnent sur des vérandas, un grand nombre de chambres d'isolement et des salles de bains. On peut voir sur le plan qu'à chaque dortoir sont annexées une chambre de réunion, des chambres d'isolement, dont certaines donnent sur le dortoir lui-même, et une salle de bains. De la sorte, les malades sont mieux classés et peuvent être facilement isolés et baignés. En outre, la proximité et le nombre des chambres de réunion permettent d'en faire profiter les plus invalides et de grouper les malades d'une façon rationnelle. Il existe un pavillon d'isolement pour les maladies infectieuses, y compris la tuberculose pulmonaire. Ce pavillon est rattaché à l'hôpital par un couloir, que l'on peut condamner quand cela devient nécessaire.

Tandis que l'esprit médical est tout entièrement consacré à l'hôpital, l'esprit d'assistance réside dans l'asile qui est destiné aux incurables, dont un grand nombre sont des travailleurs.

A côté de ces malades chroniques sont placés les convalescents qui, comme ces derniers, ont peu besoin de l'assistance médicale et, comme la plupart des chroniques, sont susceptibles de travailler. Aussi est-ce à côté de ces deux grands quartiers de chroniques et de convalescents que sont situés les services généraux. Ces deux quartiers constituent une sorte de communauté industrielle. Il est à noter que l'organisation des bâtiments ne présente pas la même complexité que celle des quartiers de l'hôpital. De même les gardiens sont bien moins nombreux. C'est ainsi qu'un quartier de 50 malades chroniques sont surveillés par une seule gardienne ; et, lorsque celle-ci prend ses repas, les malades se trouvent seuls.

Il nous a semblé que le service de veille était, comme d'ailleurs dans la plupart des asiles écossais, insuffisamment assuré ; c'est ainsi qu'il n'y a que 2 veilleuses dans l'asile et 4 dans l'hôpital.

Le luxe intérieur de l'asile de Gartloch est fait pour étonner des Français qui le visitent. La salle des fêtes est de grandes proportions et magnifiquement décorée.

La salle à manger est très belle aussi ; ses grandes fenêtres donnent sur le lac, qui n'est pas entouré de garde-fous et où les malades libres peuvent faire du canotage. Les malades mangent par petites tables, les femmes d'un côté les hommes de l'autre. Il y a dans cette salle une cheminée monumentale sans grilles.

On retrouve d'ailleurs ces caractères dans toutes les parties de l'établissement. Certaines fenêtres de salles de réunion sont garnies de vitraux. Il existe des cheminées sur lesquelles sont placées des pendules uniquement pour orner les pièces. Les tapis sont répandus dans plusieurs salles et nous en avons vus dans des pièces où étaient des agités. Les escaliers sont garnis de rampes éloignées du mur pour la commodité et le pittoresque. Enfin, les salles de bains pourraient rivaliser de luxe avec les meilleurs établissements de Paris.

Les chambres d'isolement sont nombreuses : il y en a une pour 5 malades dans l'hôpital et pour 4 malades dans le quartier où sont les aliénés les plus turbulents. Les cellules sont, en général, fermées par des doubles portes, de manière à assourdir le bruit, et la seconde porte a un judas en verre. La chaleur vient par en haut. Elles sont éclairées du dehors. Le revêtement est soit en caoutchouc, soit en lattes de pitchpin.

Bien entendu, l'électricité est l'éclairage ordinaire. Un détail qui résume le caractère luxueux de l'asile est celui-ci : Dans les dortoirs chaque table de nuit est pourvue d'une lampe électrique montée sur un pied, afin de permettre l'examen du malade et aussi de servir à la commodité de ce dernier.

Résultats généraux. — Nous allons maintenant donner quelques renseignements d'ensemble sur le système de l'*open-door*, tel que nous l'avons vu fonctionner dans les trois asiles décrits plus haut.

Nous n'avons pas vu d'établissement où l'*open-door* soit appliqué d'une façon générale. C'est le quartier des travailleurs qui reçoit les malades *en parole*, ceux qui jouissent de la liberté de circuler dans l'intérieur de l'asile ou hors l'asile. Mais cela n'empêche pas certains malades des autres sections de pouvoir, aus

jouir de certaines libertés. Rappelons qu'il n'existe bas de murs dans les asiles où l'*open-door* est pratiqué, et que les portes sont ouvertes jour et nuit. A Murthley, qui est clos de barrières en bois, les portes sont même ouvertes jour et nuit, et il n'y a pas de portier.

Les quartiers où se pratique l'*open-door* sont aménagés sur un type qui rappelle le moins possible l'asile. C'est ainsi que les portes intérieures ne sont pas fermées à clef dans la journée. A l'asile de Morningside, où le quartier des convalescents est aussi un quartier d'*open-door*, une seule porte ferme à clef, c'est celle qui fait communiquer la section des hommes avec la section des femmes. A Murthley, les portes des dortoirs sont fermées dans la journée, pour que les malades ne viennent pas dormir.

Le pavillon de l'*open-door* de Murthley peut être considéré comme un type de bâtiment destiné aux aliénés libres. Il a deux étages. A l'entrée existe un vestiaire par où les malades qui reviennent de la ferme et des ateliers passent et où ils se débarrassent de leurs souliers, pour ne pas souiller le salon de réunion. Ce dernier est luxueusement meublé avec des tapis, des meubles, un piano à queue, un billard, etc. On y trouve aussi des journaux et des livres. Les cheminées, où l'on fait quelquefois du feu pour égayer les malades, bien qu'il existe un calorifère à eau chaude, ne possèdent pas de grilles. Les peintures claires et les boiseries des murs, les tapis, les meubles et les fleurs, l'éclairage à l'électricité, répandus dans ce pavillon de malades indigents, expriment un luxe bien supérieur à celui qui existe dans le pavillon de 1re classe du pensionnat de Ville-Evrard. Or, la construction de ce nouveau pavillon n'a coûté que 2,500 francs le lit.

Les dortoirs sont de six lits. Nous avons vu une chambre de gardien qui donne sur le dortoir, mais la porte est pleine et il n'existe aucune surveillance possible. Ailleurs, la porte de la chambre des gardiens est simplement vitrée. Les fenêtres sont à guillotine, mais le châssis ne peut s'élever au-delà de 17 centimètres; c'est là une précaution prise, nous a-t-on dit, contre les impulsions des épileptiques.

Il existe une sélection rigoureuse pour les malades susceptibles d'obtenir la liberté de circuler. Tout d'abord, il y a une grande différence entre les hommes et les femmes qui jouissent, en moins grand nombre, d'une liberté moins étendue. C'est ainsi que, à Murthley, 52 hommes sur 165 sont *en parole*, soit presque le tiers, tandis que, sur un nombre sensiblement le même de femmes, il n'en existe qu'une vingtaine dans les mêmes conditions, soit le huitième.

La porte extérieure du pavillon de convalescence des femmes est d'ailleurs fermée, et les femmes qui y sont hospitalisées sortent, sauf les vingt indiquées plus haut, sous la surveillance de gardiennes.

Cependant, à l'asile de Larbert, le nombre des femmes qui circulent dans l'asile est plus élevé que le nombre des hommes (46 hommes pour 66 femmes). Il est vrai que la proportion est inverse pour les malades qui circulent hors l'asile (47 hommes et 4 femmes).

On nous a expliqué que cette différence de traitement était due à ce fait que les femmes avaient paru, à l'essai, moins dignes de confiance que les hommes; la plupart tiennent mal leur parole. Ajoutons que les hommes et les femmes ayant la permission de circuler ne peuvent pas se promener ensemble. C'est même dans certains asiles une condition imposée aux malades.

Nous avons vu plus haut que, pour les hommes, la proportion des malades libres est du tiers environ de la population totale. A l'asile de Morningside, elle est du quart pour les hommes et du dixième pour les femmes.

Nous avons demandé quels étaient les malades mis *en parole*. Le docteur Mac-Pherson, de Larbert, nous a cité les délirants non agités, les déments travailleurs, certains aliénés lucides et quelques convalescents. Le malade est tenu en observation assez longtemps. Il doit être inoffensif et pouvoir comprendre l'importance de sa promesse de ne pas s'évader et du privilège dont il jouira. Le docteur Oswald, de Gartloch, nous a indiqué des catégories de malades sensiblement les mêmes que plus haut, et il les soumet au préalable à une observation minutieuse. Le docteur Clouston, de Morningside, désigne généralement les convalescents et les chroniques tranquilles, même ceux atteints légèrement de démence, quelques cas de manie et de mélancolie, sans tendance au suicide.

A l'asile de Murthley, le docteur Robertson choisit les malades libres parmi les convalescents et généralement parmi tous les malades dociles. Nous avons pu interroger un certain nombre de ces malades. Nous en avons vu appartenant à toutes les catégories de l'aliénation. Les convalescents alcooliques sont en grand nombre ; en revanche, il n'y avait pas de paralytiques généraux. On nous a présenté des individus devenus déments à la suite de la manie, l'un d'eux était malade depuis 17 ans. Un autre malade était sujet à des accès maniaques survenant d'une façon irrégulière. Dès que les troubles mentaux se manifestent, cet aliéné est remis à l'asile. Nous avons aussi remarqué la présence

d'un maniaque sénile, d'un débile halluciné, devenant violent quand on l'excite, et d'un mélancolique hypocondriaque ayant quelques idées de persécution.

Quoique les malades soient libres, ils n'en sont pas moins surveillés, c'est ce qu'avait bien compris Foville :

« Il ne faudrait pas croire, cependant, dit Foville (1), que les malades soient libres de circuler ainsi et qu'ils soient livrés à eux-mêmes sans ordre et sans discipline.

« Loin de là ; nulle part l'ordre ne paraît plus réel ; seulement, les obstacles matériels ostensibles sont remplacés par la précision dans l'emploi du temps et dans l'enchaînement des occupations, par la régularité acquise des habitudes, et surtout par la vigilance incessante du personnel de surveillance qui doit diriger les aliénés dans tous les détails de leur existence journalière.

« C'est ce dernier point, précisément, qui, d'après les auteurs de la nouvelle théorie, en constitue le caractère principal.

« Chaque surveillant doit étudier d'une manière complète les malades qui lui sont confiés, puisqu'il n'a n'a ni muraille ni serrure pour l'aider dans sa surveillance ; son attention est toujours en éveil ; il faut qu'il apporte tous ses soins à traiter les malades amicalement et à gagner leur confiance, puisque c'est seulement par la persuasion et les bons sentiments qu'il peut les maintenir dans le calme et dans l'observation des règles prescrites pour le bon ordre de la maison. »

Le Dr Robertson nous a dit aussi que les malades de l'*open-door* étaient encore plus surveillés que les autres, bien que la proportion des gardiens (1 pour 13 chez les hommes) ne soit pas très élevée. Mais ces derniers doivent observer minutieusement leurs malades et rapporter aux médecins toutes ces remarques. C'est ainsi qu'un jour l'un deux informa le médecin qu'un malade s'était lavé les pieds dans le dortoir. Cet acte un peu anormal chez ce malade appela l'attention médicale sur lui. Il était retombé malade et on le renvoya à l'asile. Outre la visite quotidienne du superintendant il y a celle de l'assistant, qui vient voir les malades lorsque ceux-ci se rendent au travail.

Les gardiens n'ont pas d'uniforme et seulement des boutons métalliques sur le gilet ou sur le veston. Ils ne mangent pas avec les malades, mais assistent debout aux repas. Ils couchent dans les chambres qui ne communiquent pas par un grillage avec les dortoirs. Les malades de l'*open-door*, à Murthley, se lèvent à six heures, déjeunent à huit heures, travaillent de neuf heures à midi, dînent à midi et quart, travaillent de deux heures à cinq

(1) Foville, *ouvrage cité*, p. 167.

heures, prennent le thé jusqu'à cinq heures et demie et se reposent jusqu'à huit heures, moment du coucher, qui doit avoir lieu pour tout le monde.

Ils travaillent presque tous et ils ne reçoivent aucun pécule, mais seulement du tabac. Ceux qui refusent de travailler n'ont pas de tabac. A notre passage il n'y avait que trois ou quatre personnes dans cette situation. Comme dans les autres asiles écossais, les travailleurs ne boivent que de l'eau et du thé.

Les malades *en parole* peuvent être divisés en deux catégories, selon qu'ils ont la permission de circuler dans l'asile ou hors l'asile. Les uns et les autres peuvent en outre circuler dans les quartiers. Dans certains quartiers en dehors de l'*open-door*, les malades ont la faculté aussi de circuler dans l'intérieur de la division. C'est ainsi qu'à l'asile de Gartloch les dortoirs sont ouverts la nuit, afin que les malades puissent aller aux water-closets sans appeler le veilleur. Ils vont aussi dans les salles de jour, mais les portes extérieures sont fermées et ils ne peuvent pas sortir hors du bâtiment. Dans le quartier des épileptiques, des suicides et des agités, il y a toujours des infirmières la nuit et les malades s'adressent à elles lorsqu'elles désirent aller aux cabinets.

Les malades qui ont la permission de sortir hors l'asile sont en nombre restreint. A Larbert il y avait 47 hommes et 4 femmes sur une population moyenne de 560 malades (hommes et femmes) ; en 1896, à Morningside, il en sort 20 tous les jours, et à l'asile de Murthley 4 ou 5 seulement sur un total de 160 malades. La proportion des malades libres de sortir de l'asile est donc peu élevée, il faut noter qu'ils jouissent réellement de leur permission. Ils doivent être rentrés à une heure déterminée après laquelle ils sont considérés comme ayant failli à leur promesse. A Larbert, cette limite est à six heures du soir. Il est à remarquer que dans certains asiles, notamment à Murthley, il n'y a pas de portier ; par conséquent les malades libres de circuler dans l'asile pourraient sortir au dehors sans être retenus. Ils ne le font pas, uniquement parce qu'ils ont promis de ne pas le faire. C'est qu'une promesse solennelle est en Angleterre, même pour des malades, un engagement d'honneur auquel on ne se soustrait pas.

Ce sont là les grandes libertés qui constituent le système de l'*open-door*. Mais les malades qui en jouissent en ont aussi d'autres ; c'est ainsi qu'ils peuvent lire les journaux qui leur plaisent, qu'ils peuvent lire et écrire (1) à leur fantaisie. D'une fa-

(1) Ce droit n'existe pas dans certains asiles.

çon générale, ils sont considérés comme des pensionnaires libres. A Murthley, chaque malade dispose à son gré de la lumière électrique. Cette simple liberté serait considérée chez nous comme un signe de désordre.

Evasions.— Il est intéressant de savoir dans quelle proportion ce système de liberté favorise les évasions. Nous avons vu que les évasions sont généralement plus fréquentes en Ecosse qu'en Angleterre. D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, il semblerait que les évasions sont plus nombreuses chez les malades qui n'ont pas la permission de circuler que chez les autres. C'est ainsi qu'à Larbert il y a eu en 1897, 4 évasions dont 3 étaient dans les *chronic block* et 1 *en parole* dans l'asile. Voici, pour l'asile de Morningside, la moyenne des évasions pendant ces dix dernières années par rapport aux malades traités :

	Hommes	Femmes
	%	%
Malades enfermés.....	9	8.7
En parole dans l'asile.....	8	0.3
En parole hors l'asile.....	1.3	o

On voit d'après ce tableau que les malades enfermés fournissent plus d'évasions que les autres.

A l'asile de Murthley, il y a eu, en dix-huit mois, 2 évasions dans le quartier de l'*open-door*. L'un deux s'était échappé parce qu'on ne l'avait pas invité à un pique-nique : on l'a retrouvé et ramené à l'asile, et durant trois mois il a été tenu renfermé, puis remis dans le quartier des travailleurs.

Nous n'avons pas eu de documents suffisants pour établir dans quelles conditions les malades s'évadaient le plus facilement. Ajoutons que les malades *en parole* sont considérés comme évadés, lorsqu'ils sortent de l'asile sans autorisation, comme à Murthley, et ceux qui ont la permission de sortir de l'asile (Larbert) lorsqu'ils ne rentrent pas le soir.

Accidents. — Les suicides des malades *en parole* sont très rares. A Morningside, il n'y a eu en dix ans que 5 suicides, 3 hommes et 2 femmes ; tous les trois étaient enfermés. A Larbert il n'y a pas eu dans ces dix dernières années de suicides de malades libres de sortir de l'asile. On nous a dit que les suicides observés auraient été plus nombreux chez les malades enfermés que chez les malades libres de circuler dans l'asile.

Nous avons recherché si les aliénés libres commettaient plus de délits (vols, viols, tentatives de meurtre) que les aliénés enfermés. Ces délits graves sont d'ailleurs très rarement commis par les uns et les autres. Nous avons pu relever cependant que pendant ces dix dernières années il y avait eu à Morningside quatre tentatives de meurtre (3 hommes et 1 femme) et que toutes avaient été commises par des aliénés enfermés. D'après les renseignements donnés par les médecins des asiles de Morningside, Larbert, Murthley et Gartloch, il n'y aurait jamais eu de cas de grossesses survenues chez des malades libres de circuler.

STATISTIQUE

—

STATISTIQUE DES PROFESSIONS DES ALIÉNÉS

L'influence des professions sur l'apparition des maladies mentales est encore mal connue. Pour la déterminer, il ne suffit pas de relever les professions des individus internés dans les asiles. Il faut rapporter le nombre des aliénés appartenant à une profession au nombre total des individus vivants exerçant la même profession. Sans cela on s'expose à atteindre des résultats opposés à la vérité. Ainsi l'on peut être frappé par le nombre de marchands de vins devenant aliénés, mais tant que l'on ne sait pas combien il y a de ces derniers hors l'asile, on ne peut rien conclure sur l'influence morbide de cette profession. Il n'existe pas en France de statistiques générales de ce genre. Par contre en Angleterre, il en est une très bien faite publiée périodiquement dans le Rapport des *Commissioners in lunacy*. Comme tous les aliénés, indigènes et payants, traités dans des asiles ou chez eux, sont relevés, elle donne des renseignements exacts. Nous reproduisons ci-dessous celle de la période quinquennale 1891-1895.

On y verra que les ecclésiastiques, les médecins, les hommes de loi, les fonctionnaires et généralement tous ceux appartenant aux professions libérales fournissent les pourcentages les plus élevés, et que par contre les ouvriers sont moins frappés. Enfin on remarquera que ceux qui donnent à boire et à manger (81) n'occupent pas un rang très élevé dans cette échelle.

N. B. La traduction des termes professionnels présente de grandes difficultés et il peut résulter de ce fait quelques erreurs d'interprétations.

Professions des aliénés admis durant la période 1891-95 *dans les asiles de Comtés et de Bourgs*, **Hôpitaux enregistrés** *et Hôpitaux maritimes et militaires, civils de l'État et* **Maisons Licenciées** *de l'Angleterre et du Pays de Galles.*

(CERTAINS CHIFFRES NE SONT PAS DONNÉS POUR DÉFAUT DE RECENSEMENT.)

Proportion pour 10,000 du nombre moyen des aliénés admis durant la période 1891-1895 comparé au nombre total des individus exerçant en Angleterre les mêmes professions.

PROFESSIONS	Hommes	Femmes
Professions libérales.		
1. Ecclésiastiques (Eglise établie)	11.6	
2. Ministres dissidents, Prêtres catholiques romains, Missionnaires et Prédicateurs, Religieuses, Sœurs de Charité et de la Miséricorde	8.5	10.1
3. Médecins et Chirurgiens	15.8	»
4. Etudiants en médecine, Dentistes et Sages-femmes	»	»
5. Avocats } 6. Avoués }	14.0	»
7. Clercs et Etudiants en droit	8.4	
8. Fonctionnaires civils (anglais, indien et colonial) sauf les télégraphistes et les téléphonistes	14.8	1.2
9. Ingénieurs civils	»	»
10. Architectes, Surveillants et Constructeurs	6.4	»
11. Artistes en peinture et sculpture	»	»
12. Professeurs, Instituteurs et Institutrices, Orateurs et Conférenciers	7.3	9.6
13. Auteurs, Editeurs, Journalistes, Reporters, Sténographes, Traducteurs, Interprètes, Etudiants en lettres, etc.	»	»
14. Musiciens et Professeurs de musique	12.3	10.5
15. Acteurs, Comédiens et autres personnes engagées dans les théâtres et spectacles	9.5	17.3
16. Chimistes et Pharmaciens	14.1	»
17. Graveurs et Photographes	»	»
18. Officiers de l'armée (actifs et retraités)	»	»
19. Soldats	10.6	»
20. Officiers de marine (actifs et retraités)	»	

21 et 22. Marins de l'Etat	»	»
23. Pensionnaires de l'armée	»	»
24. Gardiens des côtes, Individus constituant la réserve de l'armée de mer et pensionnaires de la marine	»	»

Commerçants.

I. — Haut commerce.

25. Négociants, Banquiers, Armateurs	»	»
26. — en vins et liqueurs	6.8	»
27. — en laine, Drapiers, Filateurs, Marchands et Fabricants de soie, coton et calicot, Négociants en toile, dentelle, etc	16.9	24.4
28. Négociants en blé et graines	5.3	4.5
29. — en charbon	5.8	»
30. Propriétaires de voitures et de chevaux	10.0	»
31. Commissionnaires (sauf en propriétés), journaux, livres, vins, liqueurs ou marine marchande	»	»

II. — Petit commerce.

32. Service de Banque, Assurances, Employés de commerce	10.1	4.8
33. Chemins de fer, Télégraphe et Teléphone	4.9	9.6
34. Voyageurs de commerce	13.9	»

III. — Boutiquiers.

35. Libraires, Éditeurs	7.1	3.5
36. Orfèvres, Bijoutiers, Joailliers	12.6	2.9
37. Drapiers	10.9	8.1
38. Bouchers, Épiciers, etc	6.7	2.5
39. Boulangers et Pâtissiers	8.8	3.4
40. Tabac	12.2	3.1

Agriculture.

41. Fermiers et Éleveurs	5.4	»
42. Agriculteurs 43. Serviteurs de ferme (occupés aux travaux de la ferme et non domestiques)	8.0	12.0
44. Bergers forestiers, Bouviers, Gardes-chasse	5.1	»
45. Régisseurs et Surveillants	»	
46. Jardiniers, Nourriciers, Nourricières, Semeurs, Fleuristes	»	»
47. Vétérinaires et Maréchaux-ferrants	»	»

48. Grooms (pas en service privé), Écuyers, Palefreniers, Jockeys, etc.	»	»
Industrie.		
49. Soieries	5.5	4.6
50. Coton et lin	4.3	4.2
51. Laines et lainages	5.3	4.5
52. Papiers	6.7	6.2
53. Faïences, Porcelaines et Miroirs	5.3	3.3
Artisans.		
54. Mécaniciens	7.3	4 2
55. Carrossiers, Charrons	5.6	»
56. Menuisiers, Tapissiers, Sculpteurs, Doreurs	»	»
57. Charpentiers, Ébénistes	8.2	»
58. Scieurs, Couvreurs, Tourneurs, Tonneliers, etc.	9.9	40.1
59. Instruments de musique, jouets, horloges et montres	»	»
60. Tailleurs et Tailleuses	10.0	5.3
61. Bottiers, Cordonniers	9.2	3.5
62. Chapeliers (pas en paille)	7.9	5.6
63. Coiffeurs et Perruquiers	9.6	7.8
64. Paillassons, cordes, voiles, filets, sacs	8.0	3.4
65. Cheveux, os, ivoire	10.4	9 2
66. Peintres, Plombiers, Vitriers	»	»
67. Fourreurs, Peaussiers, Tanneurs, Corroyeurs, Plumassiers	»	»
68. Modistes, Couturières, Chemisiers, Corsetiers, Costumiers, Lingères	4.5	8.8
69. Relieurs, Imprimeurs, Lithographes	7.9	6.3
70. Gantiers	7.3	5.4
Personnes employées dans les travaux de force.		
71. Mineurs : charbon, fer, cuivre, étain, plomb, jais, manganèse, or, alun, baryte	4.7	6.4
72. Carriers : pierre, ardoise et chaux	»	»
73. Débardeurs et Journaliers	7.0	»
74. Briquetiers, Maçons, Paveurs, Ardoisiers, Plâtriers, Badigeonneurs, Coupeurs et Tailleurs de pierre, Couvreurs	»	»
75. Argile, sable, gravier, chaux, briques et tuiles	4.9	3.6
76. Chemins de fer, Étameurs, Terrassiers	5.2	»
77. Cantonniers, Balayeurs, Égoutiers	»	»

Domesticité.

78. Ménagères mariées et non mariées.....	»	»
79. Serviteurs, Cochers, Grooms, Jardiniers, etc.....	»	11.1
80. Serviteurs et Cuisiniers d'hôtels et d'auberges.....	9.9	18.6

Divers.

81. Aubergistes, Débitants, Marchands de bière, de cidre, Logeurs, Café, Restaurateurs.....	9.9	4.5
82. Police et Prisons.....	7.6	»
83. Employés départementaux, municipaux, Receveurs, Payeurs.....	5.0	1.9
84. Chimistes, Teinturiers.....	»	»
85. Mécaniciens et Chauffeurs.....	11.7	»
86. Service de navigation de l'intérieur (sans vapeur) canotiers, bateliers.....	10.0	»
87. Service des ports et docks, Journaliers d'entrepôts, etc., Gardes-magasins, quais, Déchargeurs, Mesureurs.....	5.9	13.1
88. Mariniers (service marchand).....	11.9	»
89. Pêcheurs.....	9.6	»
90. Lavoirs, Blanchisseurs et Blanchisseuses, Baigneurs.....	5.8	3.0
91. Ouvriers du gouvernement, Messagers et autres (non télégraphe).....	1.4	»
92. Messagers, Porteurs, Courriers (garçons et filles).....	»	»
93. Cochers et Mariniers.....	»	»
94. Charretiers, Voituriers, Camionneurs, Chalandiers.....	5.7	»
95. Fumistes et Ramonneurs.....	12.9	»
96. Porte-balles, Marchands de pommes, Crieurs, Colporteurs.....	21.5	37.5
97. Personnes de rang ou Propriétaires et de ressources indépendantes.....	»	»
98. Ecoliers et Etudiants au-dessous de 15 ans et enfants sans occupation.....	»	»
99. Personnes (au-dessus de 15 ans) sans occupation ou ayant une occupation non définie ou inconnue.....	»	»

OBSERVATIONS

—

PACHYMÉNINGITE SUPPURÉE SIMULANT LE SYNDROME DE WEBER, SURVENUE CHEZ UN ALCOOLIQUE, AU COURS D'UN ÉRYSIPÈLE DE LA FACE,

Par les Drs A. Vigouroux et Viguier.

L'observation que nous apportons ici est intéressante par le fait de l'apparition syndrome de Weber au cours d'une maladie infectieuse, d'un érysipèle, et par la nature et la topographie des lésions méningitiques ayant donné naissance à ce syndrome. Nous savons, en effet que si l'appareil nerveux cérébro-spinal est très sensible à l'action des toxines sécrétées par les microbes, action qui se traduit par du délire, des convulsions, des soubresauts des tendons, etc., les altérations matérielles profondes sont rares au cours des fièvres aiguës (Charrin). On observe des congestions, des anémies, mais les thromboses, les artérites, les ramollissements appartiennent, sauf exception, aux maladies bactériennes à marche subaiguë ou chronique.

Les méninges, bien que traduisant souvent leurs troubles pendant le cours d'un érysipèle surtout quand le cuir chevelu est intéressé n'offrent que fort rarement à l'autopsie des altérations durables.

Cependant les artérites, les phlébites d'origine infectieuse sont bien connues pour les autres organes : les agents pathogènes se glissent dans l'endothélium des vaisseaux et il est admis que les bactéries sont capables de servir de point d'appel pour le dépôt, la précipitation de la fibrine et produire ainsi des thromboses. De même la méningite peut apparaître, et Chauveau d'abord, puis Gilbert et Lion ont signalé l'existence de bactéries dans les espaces sous-arachnoïdiens. Il faut noter cependant que le streptocoque ne paraît pas avoir été constaté dans les méninges à la suite de l'érysipèle, alors qu'il a été rencontré dans un certain nombre de cas survenus à la suite de septicémie puerpérale, d'arthrite suppurée, d'otite, etc. (Georges Guinon).

Observation

M. Auguste, âgé de 23 ans, cavalier aux dragons, entre à l'hôpital, le 23 décembre 1896, avec un érysipèle de la face. C'était un homme d'une bonne santé habituelle. Marié avant son envoi au régiment, il était père de deux enfants bien portants.

Il s'est toujours livré à de nombreux excès alcooliques et avait eu une hématémèse sans gravité l'année précédente.

Depuis longtemps il se plaignait de maux de tête, son intelligence était peu vive;il semblait comprendre difficilement les questions et y répondait avec lenteur ; il avait des tendances au sommeil même pendant les repas. Il fit cependant son service militaire d'une façon régulière et fut nommé cavalier de première classe.

A son entrée, M. présentait une plaque érysipèlateuse à cheval sur le nez, envahissant les deux joues, mais s'étendant surtout sur la joue droite.

La température s'élevait à 39°5.

Une purgation lui fut donnée et des compresses imbibées d'une solution de sublimé furent appliquées sur la face ; le 2me jour, rien de particulier ne se présente,la température atteint 40°. Le sulfate de quinine est prescrit.

Le 3me jour quelques nausées apparaissent, le soir la température tombe brusquement de 39°6' à 37°8, s'y maintient le matin du 4me jour.

En même temps on constate chez le malade une hémiplégie totale du coté gauche.

Il se trouve dans un état semi-comateux ; il ne peut faire usage ni de son bras, ni de sa jambe ; la face du côté gauche est paralysée ; les paupières sont lourdes, il les soulève difficilement, surtout celle du côté droit. L'œil droit est dévié en dehors et en bas. Le ventre est un bateau et la constipation survient.

Les nausées suivies de vomissements persistent et des crises convulsives apparaissent. Ces convulsions sont généralisées, mais semblent prédominer à gauche et débuter par ce côté. Les crises convulsives se répètent plusieurs fois dans la journée.

Le 4me jour la température est remontée au-dessus de 39°, une injection de sérum antistreptococcique est pratiquée.

Du 4me au 8me jour la fièvre diminue progressivement, les convulsions surviennent de nouveau, le malade est toujours dans la torpeur.

Le 9me jour, à une nouvelle poussée érysipélateuse de la joue droite correspond une brusque ascension de température qui descend régulièrement jusqu'aux environs de 37° pour ne remonter que le 15me à l'occasion d'un furoncle sur le cou.

Après l'ouverture de ce furoncle, la fièvre disparaît, la température se maintient au-dessous de 37° jusqu'à la mort.

Mais alors même que le malade pouvait être considéré comme guéri de son érysipèle, son état général était loin de s'améliorer ; aux nausées avaient succédé des vomissements alimentaires ; les convulsions épileptiformes surviennent à intervalles irréguliers il s'alimente mal et par suite maigrit. Son pouls est lent et faible 54 pulsations par minute), sa peau est froide et sèche et à deux

reprises on est obligé de lui faire des injections de sérum artificiel.

La paralysie persiste du côté gauche, mais elle n'est pas complète et ne présente aucune tendance à la contracture ; de plus, elle est sujette à des améliorations passagères ; certains jours il peut se lever et marcher sans le secours de l'infirmier ; d'autres fois, il peut à peine soulever son bras et sa jambe ; la paralysie faciale n'est pas appréciable à première vue, la bouche n'est pas déviée à droite ; il faut faire rire le malade pour la mettre en évidence.

La langue est déviée vers la gauche. La luette ne présente pas de déviations et les muscles du voile du palais ne sont pas paralysés ; jamais il n'a rendu par le nez d'aliments liquides.

La face n'a aucune expression, les traits sont comme figés ; il y a du ptosis, surtout de la paupière droite, les pupilles des deux côtés sont très dilatés et ne réagissent plus à la lumière, ni à l'accommodation.

Le globe oculaire droit est dévié en dehors et en bas et ne peut se mouvoir ni en dedans ni en haut ni en bas.

Le globe oculaire gauche a conservé ses mouvements. L'examen opthalmoscopique du fond de l'œil a révélé l'existence de plaques blanches entourant la pupille dues à de la rétino-choroïdite atrophique.

Il existait en outre un certain degré de photophobie et d'héméralopie.

Les symptômes subjectifs sont difficiles à percevoir à cause de l'état mental du malade et de ses réponses souvent incohérentes. Il présente de la torpeur avec confusion mentale. Il reste souvent assoupi, il se plaint souvent de la tête et demande alors des compresses d'eau froide. Il répond difficilement aux questions, prétend qu'il est à Caen, n'a pas conscience de son état maladif et demande à retourner travailler avec sa femme.

Il sait pourtant qu'il appartient au Xe régiment de dragons et reconnaît les médecins et les infirmiers qui le soignent.

Il se plaint d'une violente douleur qu'il localise au niveau de la protubérance occipitale externe du côté droit. La pression est douloureuse dans tout l'hémicrane droit, et à la palpation le cuir chevelu paraît d'une température plus élevée que la normale.

La parole est lente, mais non embarrassée et ne présente pas d'accrocs, la voix est sourde.

La sensibilité à la douleur, légèrement obtuse des deux côtés, est égale. L'exploration des sensibilités spéciales (vue, olfaction, etc.) n'a pu nous donner aucun résultat.

Les réflexes tendineux sont abolis.

En présence de l'hémiplégie du côté gauche et de la paralysie de la 3me paire à droite, nous avions porté le diagnostic de lésion de l'étage inférieur du pédoncule droit constituant le syndrome de Weber.

Quand notre malade succomba, nous fûmes surpris de trouver la région pédonculaire absolument saine. On constata que les troubles paralytiques étaient dus à une pachyméningite suppurée avec kystes pleins de pus comprimant la couche corticale.

Les os du crâne ne présentaient rien d'anormal et n'avaient pas d'adhérences avec la dure-mère. Celle-ci se laisse facilement enlever à gauche, mais il n'en est pas de même à droite. Elle est tendue et adhérente aux parties sous-jacentes : et pendant les efforts faits pour la détacher des gouttes de pus viennent sourdre. Elle est très épaissie et est intimement unie à l'arachnoïde et à la pie-mère. A la face interne se trouvent un grand nombre de petits kystes pleins de pus qui y sont appendus. De plus grosses poches kystiques, fixées aux membranes viscérales par des liens lâches, existent également à la partie postérieure de la 3e et de la 2e frontale, au niveau du tiers supérieur de la pariétale ascendante, au niveau du pli courbe, et enfin entre le lobe occipital et le lobe pariétal.

Les kystes sont d'une grosseur variant de celle d'une noisette à celle d'une noix, ils sont clos et contiennent du pus bien lié d'apparence verdâtre. Ils sont profondément entrés dans les circonvolutions cérébrales, mais ils se laissent facilement énucléer et laissent le tissu cérébral intact simplement comprimé et déformé par leur présence. Leur paroi parait être constituée par la pie-mère épaissie. Malheureusement ni l'examen histologique, ni l'examen bactériologique n'ont été pratiqués.

A la coupe, le tissu cérébral de l'hémisphère droit semblait normal, la substance grise était légèrement pâlie.

L'hémisphère gauche, le cervelet, la protubérance, le bulbe étaient d'apparence normale.

Asile de Villejuif. — Service de M. Toulouse.

EPILEPSIE CONVULSIVE SURVENUE APRÈS UNE OVARIOTOMIE

Par M. L. Marchand, interne des asiles de la Seine.

La malade Lé... entre à l'asile de Villejuif, le 11 décembre 1897, avec le certificat : Epilepsie avec dépression mélancolique. Elle est âgée de 43 ans.

Antécédents héréditaires. Le père de la malade est mort à la suite d'un accident, la malade avait alors 4 ans 1/2 et ne peut dire s'il était buveur. Sa mère est morte à l'âge de 60 ans ; elle était paralysée des jambes. Elle eut 11 enfants ; trois sont vivants ; les autres sont morts en bas âge ; son frère est asthmatique ; il est d'un

caractère calme. Sa sœur est bien portante. Personne n'a jamais eu de crises nerveuses dans sa famille.

Antécédents personnels. La malade n'a jamais eu de maladie : elle a été menstruée à 11 ans 1/2 et a toujours était bien réglée.

A l'âge de 22 ans, le 6 janvier 1876, elle subit l'opération de l'ovariotomie double pour kystes de l'ovaire. Elle dit que son ventre a commencé à grossir à 17 ans. Elle resta six semaines à l'hôpital. Durant les mois qui suivirent son opération, la malade ressentit des rougeurs et des chaleurs lui monter au visage. Au mois de mars de la même année, *c'est-à-dire deux mois environ après l'opération, elle eut sa première crise d'épilepsie* et depuis lors cette névrose ne l'a jamais abandonnée. Tout d'abord, les accès n'apparurent que tous les mois et semblaient remplacer les règles disparues ; puis ceux-ci n'apparurent plus régulièrement.

Les accès sont quelquefois précédés d'une crise qui consiste en un tremblement de la tête et une sensation de chaleur au visage. La malade a alors le temps de s'asseoir ; d'autres fois ceux-ci apparaissent brusquement; la malade est tombée un jour dans le feu.

Les accès sont assez rares (4 par mois environ), et présentent les caractères ordinaires des accès épileptiques ; chute, perte de connaissance, mouvements toniques et cloniques, morsure de la langue ; écume à la bouche, gâtisme, amnésie consécutive.

Actuellement, la malade porte des cicatrices de brûlures sur le ventre, le bras et la main droite ; les doigts sont pliés sur eux-mêmes à cause de la rétractation des cicatrices.

La malade est irritable, nerveuse, mais ne présente aucune idée délirante. Pas d'idées de suicide. Elle répond clairement aux questions qu'on lui pose.

Les odeurs et les saveurs sont perçues également à droite et à gauche.

L'ouïe est altérée des deux côtés. La malade n'entend plus le tic-tac d'une montre placée à 40 centim. de son oreille.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Réflexes lumineux sont conservés pour la pupille gauche. Absent pour la pupille droite.

Une piqûre d'épingle est perçue également des deux côtés du corps, aux bras et à la face.

Réflexes patellaires normaux.

Pas de troubles digestifs, respiratoires, circulatoires. Pas de troubles de la parole.

ANALYSES

Les stigmates dits de dégénérescence dans la paralysie générale de l'homme, avec observations sur différentes questions touchant cette maladie (étiologie, marche, statistique). (*Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, t. LV, 5 février 1899.)

C'est un des travaux les plus considérables et des plus instructifs qu'on ait écrits sur cette question.

L'auteur a examiné 100 paralytiques généraux. Au point de vue héréditaire, 37 présentèrent une tare très prononcée. Ce nombre est certainement au-dessous de la vérité, car les commémoratifs manquent chez 45 malades. Dans la moitié des cas cités ci-dessus, la tare héréditaire se traduit surtout par des troubles mentaux. L'auteur montre ainsi que l'hérédité dans la paralysie générale constitue un facteur d'une grande importance.

La syphilis a été relevée chez 43 malades, mais l'auteur considère ce chiffre comme inférieur à la réalité. Tare héréditaire et syphilis n'agissent surtout que comme causes prédisposantes ; parmi les causes de la paralysie générale, les troubles émotifs sont les plus fréquents.

L'auteur a examiné les signes physiques de dégénérescence chez ses 100 malades, en prenant cent autres personnes normales comme terme de comparaison. Le résultat auquel il est arrivé est que chez les paralytiques généraux les signes de la dégénérescence sont plus fréquents et plus prononcés que chez les normaux. Les signes de dégénérescence sont toujours plus prononcés chez les personnes ayant une lourde tare héréditaire. Il ne faut pas prendre pour un signe de la dégénérescence le résultat d'un trouble quelconque survenu dans le jeune âge. Les constatations de cette sorte indiquent seulement un signe d'infériorité pour celui qui les porte.

Dans un ouvrage ultérieur, M. Naecke a l'intention d'étudier les stigmates psychiques de la dégénérescence dans la paralysie générale.

L. M.

Contribution à la genèse des fonctions visuelles basée sur la guérison d'un aveugle de naissance de 19 ans atteint de cataracte congénitale,

Par Dransart, de Somain.

(*Bulletin de la Société Centrale de médecine du département du Nord*, 28 juillet 1899.)

Dans son travail, l'auteur apporte de nouvelles données physiologiques sur la genèse des fonctions visuelles. Il a rendu la

vue par une opération à un aveugle de 19 ans, nommé Fidèle, atteint de cataracte congénitale ; il a suivi son malade pendant plusieurs mois pour observer l'évolution des fonctions visuelles et il a pu établir ainsi la théorie de la genèse de la vision chez l'aveugle de naissance et par analogie chez l'enfant qui vient de naître ; il a mis en relief le mode de vision analytique du début précédant la genèse de la vision synthétique ou panoramique. Par son travail, l'auteur prouve que s'il y a innéité des fonctions visuelles, l'innéité n'est qu'à l'état embryonnaire et que ce n'est que par l'exercice et une véritable éducation que se fait le développement des fonctions visuelles.

Perception quantitative nulle au début. — Après son opération, Fidèle a eu la sensation d'une lumière beaucoup plus vive, mais il s'est trouvé incapable de nommer aucun sujet parmi ceux qu'il reconnaissait le plus facilement par le tact. Ce fait prouve que la perception qualitative qui donne à l'œil la notion des formes, n'existe pas d'emblée après l'opération. Cette fonction n'existe qu'à l'état embryonnaire et c'est l'exercice seul qui permet le développement de cette fonction.

Rapports entre la vision et le tact et les autres sens. — L'observation de Fidèle prouve que si l'aveugle de naissance acquiert par le tact et les autres sens une certaine notion des formes, ces notions sont tout à fait distinctes de celles que donne l'organe de la vision. Les mêmes objets parfaitement reconnus par le tact ne sont nullement reconnus par l'œil non éduqué.

Ces données physiologiques relatives à la forme des objets s'appliquent également à la notion des dimensions, des distances et à celles de l'espace. Ces notions étaient fournies à Fidèle par le sens musculaire et le tact. Opéré, il ne fut même pas à même d'apprécier ni aucune grandeur, ni aucune distance au début de son fonctionnement visuel. Il lui fallut plus de temps pour acquérir la notion des dimensions que pour acquérir celles des formes, c'est l'acquisition de la notion des distances qui exige le maximum de temps.

Vision analytique du début. Agrandissement progressif du champ de la vision. — L'exercice de la vision se fait d'abord par des visions analytiques partielles et successives et ce n'est qu'assez tardivement que la vision d'ensemble se réalise sur plusieurs points du champ visuel à la fois. Au début, Fidèle ne voit rien des objets situés à droite et à gauche de ceux qu'il fixe ; la vision directe seule existe ; ce n'est qu'avec l'exercice que la vision périphérique en dehors de la ligne du regard s'éveille et se développe pour s'étendre successivement à toutes les parties du champ visuel situé sur un même plan.

Vision limitée à une seule distance. Vision simultanée sur plusieurs plans différents. Vision synthétique panoramique. — La vision simultanée d'objets situés sur des plans situés à différentes distances s'acquiert encore plus tardivement ; cette vision simultanée, syn-

thétique ou panoramique, qui était nulle au début est restée chez Fidèle très longtemps embryonnaire.

Éducation des mouvements orientés. Orientation du regard. — Au début, Fidèle ne savait regarder ni à gauche, ni à droite, et encore plus difficilement en haut. Pour regarder à droite et à gauche, le mouvement de la tête suppléait complètement le mouvement des yeux. Au bout d'un mois, Fidèle est parvenu à regarder à droite et à gauche, mais il lui fallut pour cela un certain effort.

Conclusion. — L'aveugle de naissance, immédiatement après une opération heureuse, ne peut distinguer aucun objet, il ne perçoit aucune forme : il ne possède que la perception lumineuse, ce qu'on appelle la perception quantitative. La perception des formes ou perception qualitative s'acquiert la première : la perception des dimensions et celles des distances ne s'acquièrent que postérieurement. La vision chromatique ou sens des couleurs peut exister chez l'aveugle de naissance en dehors de toute perception qualitative. Au début, l'aveugle de naissance ne possède que la vision directe.

L'auteur termine son étude par des considérations au sujet de la genèse de la vision chez l'enfant déduite par analogie de l'observation de Fidèle. A la naissance, l'enfant jouit pourtant et presque exclusivement de la perception quantitative. Voit-il les couleurs en venant au monde comme il voit la lumière? Aucune donnée ne permet de se prononcer affirmativement. En tout cas, la coexistence de la vision chromatique et de la perception quantitative chez des aveugles de naissance permet de supposer que le sens des couleurs se développe dès les premières périodes de l'exercice des fonctions visuelles. La perception de la forme des objets arrive en premier lieu et ensuite la perception des dimensions et celle des distances. L'orientation du regard doit se développer simultanément. Ces fonctions se développent plus tardivement car elles exigent concurremment une intervention visuelle et une opération cérébrale plus compliquée que celles de la comparaison des formes des objets. La mémoire suffit dans ce dernier cas, tandis que le jugement doit intervenir pour la perception des dimensions et des distances. La vision est donc parfois partielle, analytique, et par l'exercice, elle arrive à la vision d'ensemble ou panoramique.

La stérilité chez l'homme dans ses rapports avec l'azoospermie,

Par M. Romme.

(*Tribune médicale*, 1898, n° 51.)

Le temps, dit M. Romme, n'est plus où on imputait, sans façons, la stérilité à la femme. A l'heure actuelle, les rôles sont renversés. La gonorrhée est la cause la plus fréquente de la stérilité

chez l'homme. Benzler, Kehrer, Gunder ont montré que, dans les ménages stériles, les maris pour la plupart avait eu la gonorrhée. Quant à la fréquence de l'azoospermie chez les maris gonorrhéiques, dans les ménages stériles on trouve un pourcentage énorme jusqu'à 93.5/100.

Pour expliquer comment la gonorrhée simple pouvait amener l'azoospermie, Benzler est tenté d'incriminer l'action des toxines gonococciques sur la spermatogénèse. Mais alors, comment expliquer les cas dans lesquels les testicules contenaient du sperme avec spermatozoïdes, quoique le canal déférent soit oblitéré à la suite d'une gonorrhée. Suivant Busch, l'azoospermie se produirait le plus souvent par dégénérescence graisseuse des tubes séminifères et par cirrhose interstitielle.

Pour expliquer la gonorrhée simple, l'auteur trouve plus naturel d'attribuer la stérilité du ménage à l'infection gonorrhéique de la femme. Celle-ci provoque souvent de l'endométrite, de la salpingite avec poussées de pelvi-péritonite.

Simmonds a examiné les vésicules séminales de 1000 cadavres d'individus adultes pris au hasard. Il a trouvé une moyenne de 14 % d'azoospermie. Ce qui a surtout été mis en lumière par cet observateur, c'est la très grande fréquence de l'azoospermie dans l'alcoolisme chronique : 61 % des alcooliques sont azoospermiques. Les testicules sont le plus souvent normaux. On a soutenu que la dégénérescence graisseuse de l'épithélium était la cause de l'azoospermie ; mais Simmonds a trouvé ces lésions dans des testicules normaux et contenant de nombreux spermatozoïdes.

Dans deux cas d'intoxication saturnine et un cas de morphinomanie, Simmonds a trouvé les testicules normaux. De même, dans la syphilis, il a toujours trouvé des spermatozoïdes dans les testicules sauf dans les cas où il existait des lésions de l'appareil génital ou bien quand le syphilitique était en même temps un alcoolique. Sur cinq cas de diabète, il a trouvé quatre fois des spermatozoïdes nombreux. Pour lui, dans les maladies aiguës, la spermatogénèse est presque toujours supprimée.

Dans les cas de tuberculose génitale, tant que le processus ne frappe pas le testicule, la spermatogénèse continue à s'effectuer.

Dans l'orchite interstitielle, si le processus laisse libre le corps d'Higmore, on trouve encore des spermatozoïdes dans le liquide de l'épididyme et des vésicules séminales.

Dans l'hydrocèle, la varicocèle, l'athérome des artères du cordon, Simmonds a toujours trouvé, une spermatogénèse normale. Dans 6 cas de hernies inguinales, les vésicules séminales du côté correspondant ne contenaient pas de spermatozoïdes.

L. M.

REVUE DES LIVRES

—

LA PATHOLOGIE DE LA VOLONTÉ (1),

Par le Dr J. Dallemagne,

Professeur de médecine légale à l'Université de Bruxelles.

Dans sa Pathologie de la Volonté, le Dr Dallemagne s'est inspiré régulièrement des grandes lignes de son ouvrage sur la Physiologie de la Volonté. Là, il avait cherché à traduire en langage physiologique, les notions que de tout temps l'observation interne a fournies sur le mécanisme de l'acte volontaire ; de même, dans cette étude, il s'attache moins à rechercher ce qui, dans l'ordre des volitions, se trouve marqué d'un caractère pathologique, que de classer et analyser les manifestations volontaires, considérées généralement comme anormales, et à traduire en langage anatomique et physiologique les éléments mêmes de leur anormalité. C'est que le caractère pathologique ou anormal des actes volontaires s'établit d'ordinaire d'un grand nombre de façons : certaines volitions sont anormales, par leurs origines, d'autres par la faiblesse ou l'intensité des excitations initiales, il en existe dont le mécanisme seul est défectueux ; certaines enfin ne rentrent dans le cadre de la pathologie qu'en vertu de leurs fins ou de leurs moyens. Dans une première partie, l'auteur étudie les frontières de la volonté, comprenant les limites, les fluctuations, les déviations de la volonté. Dans une deuxième partie : transformations anormales de la volonté, sont analysées les volitions réflexes, les impulsions morbides, les volitions névropathiques et vésaniques ; enfin, dans une troisième partie : les états morbides de la volonté, les aboulies, les aliénations et le dédoublement de la volonté sont passées en revue.

Pour saisir le plan de cette étude et en comprendre l'intérêt, il importe d'étudier avant la conception qu'a le Dr Dallemagne de la volonté. Tout d'abord il n'admet pas la conception indécise et vague de la volonté comme faculté une et indivisible, il la divise en actes volontaires et en états de volonté.

Pour lui, la volition ne doit s'entendre qu'à propos d'un reflexe cortical aux voies anatomiques bien définies et aux conditions physiologiques précises : l'incitation causale est amenée au cerveau par les voies centripètes, et cette incitation est perçue. A la suite de cette perception se trouve un stade d'association où les

(1) Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire publiée sous la direction de M. Léauté, membre de l'Institut. (Masson, éditeur.)

processus sont orientés pour arriver à la détermination ; les combinaisons motrices compliquées nécessaires à l'exécution de nos actes volontaires ont leurs sièges dans les centres psychomoteurs corticaux.

Mais entre les muscles et l'écorce se trouvent disposés une série de centres moteurs progressivement complexes ; centres médullaires, centre sous-corticaux (corps striés et cervelet).

Ces centres représentent les centres supérieurs des types parcourus et dépassés, ils contiennent les résidus moteurs de ces périodes lointaines de notre activité, jadis conscients et pourvus de volontés, ils sont incapables aujourd'hui de s'associer et de se coordonner d'une manière autonome : ils répondent à des combinaisons de mouvements relativement simples, produits de mécanismes, associés par l'hérédité.

L'écorce présentant chez nous les territoires centraux derniers venus, non encore saturés peuvent produire des combinaisons variées ; leurs neurones peuvent s'associer de différentes manières: dans ces centres, les processus ne se trouvent pas liés les uns aux autres en des mécanismes invariables, mais en eux des associations virtuellement indifférentes réclament pour se réaliser des circonstances spéciales : la force directrice qui agira pour réaliser une association plutôt qu'une autre est la volonté.

Les centres corticaux interviennent seulement pour actionner les centres inférieurs sous-corticaux qui eux à leur tour commandent aux centres médullaires. Une fois mis en train, ceux-ci fonctionnent en vertu de leur énergie propre ; leur réserve épuisée, l'écorce peut intervenir pour restituer l'influx incitateur nécessaire à la persistance de leur action.

Grâce à cette conception anatomo-physiologique, M. Dallemagne interprète et explique les différentes anomalies de la volonté : disons tout de suite qu'il arrive, de cette façon, à considérer la volonté comme un simple processus nerveux susceptible de se produire en des circonstances différentes : elle devient ainsi une qualité de nos réflexes, qualité liée à des tensions nerveuses, à des dispositions moléculaires de certaines cellules, de certains circuits. Enfin, il constate qu'entre les formes les plus anormales de la volonté et l'exercice régulier d'une volonté saine, il n'y a que des différences que l'on pourrait appeler quantitatives.

Aux frontières du domaine de la volonté se trouvent une série d'actes d'abord voulus, puis devenus inconscients et involontaires, la marche par exemple. Ils s'expliquent par la mise en activité de ces centres moteurs inconscients, corps striés et cervelet, qui mis en branle par les centres supérieurs fonctionnent ensuite d'une façon automatique. Les actes habituels, au début volontaires, deviennent plus ou moins inconscients et automatiques : ils représentent une série de combinaisons auxquelles la volonté a dû présider, mais un résidu psychique s'est constitué et le réflexe tout

en parcourant les neurones corticaux, n'arrive pas à réveiller la conscience.

Les fluctuations de la volonté cotoient souvent la pathologie : la volition peut être apathique, prompte, hésitante, impuissante, etc. En réalité, chez un même individu cela est loin de présenter cette uniformité d'action ; elle pourra apparaître tout différemment selon les objets qui la solliciteront. En effet, la volonté doit être considérée comme une modalité de nos réactions cérébrales, et ces territoires corticaux sont le siège de synergies spéciales, répercussions à ces sommets de l'élaboration constante des organes sous-jacents ; l'état cenesthèsique aura donc une influence réelle sur l'état des volitions. L'expansion fera les volitions promptes, vivaces, la dépression et la fatigue les rendront plus lentes et faibles ; suivant l'état de besoin ou de satiété, suivant l'état de l'estomac, de l'intestin, de l'appareil génital, à l'occasion des menstrues, de la ménopause, de la grossesse, etc.... les volitions seront modifiées. Mais alors que chez les normaux les fluctuations de la volonté ne dépasseront pas une certaine mesure, sous ces diverses influences, chez les anormaux, l'orientation des volitions s'écartera de l'orientation coutumière, elles seront différentes et parfois opposées. Elles auront servi à révéler la tare jusque-là latente.

Les déviations de la volonté traduisent un état stable dans l'anormalité : c'est une orientation permanente imprimée aux volitions. Telles sont les passions qui ne sont plus une déviation, mais une dérivation de toute l'énergie volontaire. Cette dérivation peut tenir au besoin organique sans cesse renouvelé et jamais assouvi à l'intensité de la perception qui multiplie et prolonge l'excitation, etc. Mais, quelle que soit la légitimité et la grandeur du but passionnel, l'équilibre volitionnel est toujours perdu par le fait de l'assujétissement de toute l'énergie volontaire à l'accomplissement d'une seule tendance.

Dans la deuxième partie : *les manifestations anormales de la volonté*, l'auteur aborde l'étude des volitions morbides par elles-mêmes et qui constituent à elles seules le trouble pathologique tout entier. C'est dans une perturbation de l'un ou de plusieurs des processus dont se compose le réflexe volontaire que résidera la cause du caractère anormal de la volition.

Ce sont d'abord les volitions réflexes qui se rencontrent dans toute une catégorie d'individus d'intellectualité pauvre et d'une corticalité peu développée : tels les idiots et les imbéciles. Chez eux les réflexes corticaux ne sont guère supérieures aux réflexes médullaires et leurs volitions éveillées par les mêmes incitations d'ordre toujours inférieur, se présentent avec une allure quasi automatique. L'influx causal, le courant nerveux traverse l'écorce sans y subir de modification, comme s'il se trouvait canalisé en des voies fixes et rigides, ainsi qu'on se représente les circuits médullaires.

L'impulsion morbide est aussi à sa façon une sorte de reflexe cortical, mais ici, si l'influx nerveux traverse sans interruption le cen-

tre d'association pour réaliser l'acte, cela tient ou à l'énergie de l'excitation ou à l'intensité de la perception. Dans le cas d'excitation renforcée l'influx nerveux surmonte par son énergie même toutes les résistances, que lui opposent les circuits ; l'extériorisation suit de si près l'excitation que les interruptions, les inhibitions arrivent trop tard. D'autres impulsions tiennent à l'intensité de la perception, à l'hyperesthésie d'un centre. Tous les centres à même de détenir de l'énergie accumulée sont susceptibles d'acquérir cette hypertension, mais ce sont principalement les centres émotionnels ou les centres sensoriels. Enfin il existe des impulsions toutes idéatives, ce qui semble démontrer que les centres d'association conçus d'après la manière de Flechsig peuvent donner naissance à des manifestations impulsives.

L'impulsion morbide s'élabore d'ordinaire lentement et par degré et n'aboutit à l'extériorisation qu'à la suite d'une série de poussées ; elle représente la terminaison, le dénouement de l'obsession morbide et de l'idée fixe. L'impulsion n'est pas la négation de la volonté ; elle en est une des formes renforcées, c'est une volition anormale, s'exécutant sur le plan général des réflexes volontaires et passant par les mêmes circuits que les volitions physiologiques. Elle n'est pas non plus un conflit, et la lutte, le dédoublement de la personnalité est purement subjectif et ne répond à rien de physiologique.

Les volitions névropathiques sont celles qui sont intégralement le produit de la maladie, la manifestation de la névrose. Les volitions épileptiques sont généralement marquées du sceau comitial, inconscience, amnésie, etc. Ce sont néanmoins des volitions, car l'axe réflexe parcouru comprend les centres corticaux supérieurs. On est autorisé à admettre une épilepsie de la volonté par la raison qu'on observe régulièrement une épilepsie de nos fonctions motrices ou sensorielles. Si certains actes épileptiques semblent inconciliables avec la volonté, des cas n'impliquant plus la maladie qu'à une dose infinitésimale prouvent que ces volitions étranges, d'où la volonté semble bannie, sont bien des volitions.

Existe-t-il des volitions émanées de l'hystérie, tenant d'elle leur origine et leur attribut ? La question est difficile à trancher ; cependant, il est probable qu'il existe des actes volontaires, véritables formes larvées de la névrose. De même les *volitions neurasthéniques* existent, mais sont difficiles à délimiter ; elles se rapprochent très souvent de l'impulsion morbide par leurs caractères d'explosivité, d'irrésistibilité et de semi-conscience ; mais avant tout, la neurasthénie est le terrain d'élection des affaiblissements de la volonté.

Les volitions vésaniques sont celles qui portent le sceau du trouble mental dont est atteint leur auteur. Il en est dont l'incitation causale est erronée (hallucinations sensorielles, idées fausses, conceptions erronées) et qui offrent dans le restant de leur évolution

tous les signes d'une réelle normalité ; d'autres, motivées dans leur origine, sont faussées dans leurs processus d'association et de réflexion ; d'autres ne se signalent que par l'étrangeté des moyens employés pour leur extériorisation ; d'autres enfin, perturbées en leurs diverses phases, attestent le plus complet déséquilibre.

Les états morbides de la volonté forment un groupe à part : comprenant les volitions interrompues à l'une ou l'autre de leurs étapes successives, mais étant cependant des processus, émanant de la volonté. La difficulté est de réaliser ce groupement avec méthode. L'extase, considérée par M. Ribot comme une manifestation morbide de la volonté, comme un anéantissement de la volonté, ne peut entrer dans ce groupe, car elle implique au contraire la volonté à haute dose agissant dans une seule direction. De même l'idée fixe (hypnotisme, suggestion), loin d'impliquer une volonté anéantie nécessite une sorte de volonté hypertrophiée surmontant les résistances de l'organisme.

L'aboulie correspondant à l'annihilation de la faculté de vouloir et en suivant le schéma physiologique de la volition, on peut trouver trois schémas d'aboulie :

Dans le premier l'impuissance d'aboutir à une détermination résulte ou de l'insuffisance de l'excitation ou de la faiblesse, soit de la perception, soit des processus d'association (tels sont les apathiques, les indifférents atteints d'une déformation congénitale de la volonté, puis certains intoniques, les neurasthéniques, les hystériques, etc.) Le deuxième type est caractérisé par une perception nette de la détermination, accompagnée d'une impossibilité de vouloir les moyens nécessaires à sa réalisation (aboulies hystériques, individus à attention volontaire affaiblie, etc.) La perturbation porte probablement sur les mécanismes qui président au fonctionnement des centres d'association. La troisième catégorie est caractérisée par une impuissance à réaliser la chose voulue, à accomplir un acte dont on perçoit et la nécessité et les moyens d'exécution; ce sont les abouliques les plus nombreux : neurasthéniques, déprimés de sorte. Les causes de l'impossibilité d'extérioriser une détermination sont nombreuses : faiblesses de l'impulsion, atonie du centre psychomoteur, ou enfin hypertension de ce centre qui oppose une résistance invincible à l'action venue des centres d'idéation.

Les *états d'aliénation de la volonté* sont ceux dans lesquels la direction de la faculté de vouloir semble ne plus appartenir au sujet lui-même ; la volonté n'a subi aucun trouble apparent, mais elle n'appartient plus à son maître. C'est ce qui se rencontre dans la suggestion. Chez l'individu suggestionné, la volonté n'est pas supprimée, mais la cause incitatrice du réflexe cérébral au lieu de relever des circonstances qui d'ordinaire l'engendrent, est à la merci de l'impression communiquée, que cette impression soit visuelle, auditive, motrice ou idéative. Les actes suggestionnés pour aboutir emploient les mêmes résidus psychiques, les mêmes neuromes les mêmes centres, le même appareil fonctionnel que l'acte nor-

mal lui-même. Il se produit dans les circuits cérébraux une sorte de polarisation des énergies cérébrales en faveur de la suggestion ; c'est une dérivation qui prive pendant un temps les territoires voisins de l'énergie nécessaire pour donner libre cours aux processus s'élaborant en eux. D'autre part, au point de vue physiologique il n'y a aucune scission entre les états de suggestion intense (hypnotisme) et les états de suggestion faible qui forment la menue monnaie de l'existence (conseils, imitations, etc.).

Les dédoublements de la volonté se rencontrent au cours des dédoublements de la personnalité et se trouvent en grande partie constitués par ces dédoublements. Chaque dédoublement de la personnalité ne présente que des processus mentaux dans lesquels les attributs physiologiques fondamentaux sont déviés, désorientés ; la volonté au même titre que la mémoire et l'association est troublée et les troubles de ces facultés sont combinés, arrangés de telle façon qu'il en résulte des situations spéciales marquées au sceau d'une unité pathologique. D'autre part les actes posés dans ces dédoublements sont bien volontaires, puisqu'ils parcourent le même reflexe cortical. Du reste une transition insensibles a des états de dédoublement les plus nettes du somnambulisme, par exemple, aux états de dédoublements volontaires de la vie courante : rêveries, distractions, certains états d'absorption intellectuelle, contemplation profonde d'où on sort comme d'un sommeil.

Il suffirait de renforcer dans un même sens l'anomalie de la volonté la moins décelable pour aboutir aux états pathologiques les mieux caractérisés.

A. Vigouroux.

LIVRES REÇUS

V. Vaschide. — *Recherches expérimentales sur les rêves. De la continuité des rêves pendant le sommeil.* (Travail du laboratoire de Psychologie expérimentale de la Salpêtrière, dirigé par M. le prof. Pierre Janet.) Extrait des C. R. Acad. des Sciences, 1899. Gauthier-Villars, éditeur.

Gilles. — *Notes sur la pathogénie des contractures.* (Extrait du *Marseille médical.*)

D. Cabred. — *Le nouvel asile des portes ouvertes « Colonie nationale d'aliénés ».* (Discours prononcés à l'occasion de la pose de la pierre fondamentale.) Lujan, province de Buenos-Aires, 21 mai 1899.

Manto. — *Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement.* Travail du service du Dr Déjerine, à la Salpêtrière, Paris, Steinheil, 1899.

Durand (de Gros). — *Aperçus de taxinomie générale.* 1 vol. in-8° de 265 pages, Bibliothèque de philosophie contemporaine, Paris. Félix. Alcan, 1899, 5 francs.

CESARE LOMBROSO. — *Gonio e degenerazione.* 1 vol. in-18 de 316 pages, 1898. Renio Sandron, editore, Milano-Palermo.

CHARLES THIRY. — *De la paralysie générale progressive dans le jeune âge.* (Avant 20 ans). Paris, Georges Carré et Naud.

Toutes les personnes qui s'intéressent aux questions sociales et plus spécialement aux progrès du Socialisme, liront dans le numéro du 15 août dernier dans la *Revue Socialiste*, le très remarquable article du directeur de cette Revue, le député Gustave ROUANET, sur la « Crise du Parti Socialisme ». A signaler, dans le même fascicule l'étude serrée et très consciencieuse d'Edgard MILHAUD sur l' « Unité Socialiste en Allemagne » ; la deuxième partie du « Rêve de Pierre Davant », le nouveau roman déjà très sympathiquement accueilli par toute la presse et des lecteurs nombreux de la *Revue Socialiste*, du député Eugène FOURNIÈRE ; de Paul LOUIS un intéressant chapitre de son volume en préparation « La Guerre Economique », sur la « Grandeur des Etats-Unis » ; de Paul LAFARGUE, « Recherches sur l'origine de l'Idée du Bien » ; de AW. ANGIOLINI et A. DRAPÉ, « Les Elections communales en Italie » ; les Chroniques et Critiques de Gaston STIEGLER, A.-D. MONA, Adrien VEBERT, etc., sur le Théâtre, la littérature, les revues, etc.

Le numéro **1** fr. **50** — Abonnements : 1 an, **18** fr. ; Etranger : 1 an, **20** fr. — Rédaction et administration, 78, Passage Choiseul, Paris. — (RODOLPHE SIMON, administrateur).

INFORMATIONS

Congrès d'électrologie et de radiologie médicales. — Dans sa séance du 20 juillet dernier, la Société française d'Electrothérapie et de Radiographie a décidé de convier tous les ans, à Paris, en Congrès international avec exposition annuelle des appareils nouveaux se rapportant à ces sciences, tous les savants qui s'occupent d'Electrologie et de Radiologie médicales. Elle a nommé pour organiser le prochain Congrès, qui aura lieu l'an prochain et qui aura, en raison de sa coïncidence avec l'Exposition Universelle, une importance toute particulière, une commission exécutive composée de MM. *Apostoli*, *Boisseau du Rocher*, *Branly*, *Oudin*, *Moutier*, de Paris et *Doumer*, de Lille ; c'est à ce dernier que doivent être adressées, 57, *rue Nicolas Leblanc*, *Lille*, toutes les communications ou demandes de renseignements relatives à ce Congrès.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

NEUROLOGIE

ROLE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE EN GÉNÉRAL

Par Jules Soury
Directeur d'Etudes à l'Ecole des Hautes Etudes.

Un livre en ce moment paraît, qui est un exposé magistral de nos connaissances en neurologie à la fin du XIXe siècle (1). M. J. Soury, qui a réuni dans ce livre ses leçons de la Sorbonne, a employé une vie de savant à le préparer, à le penser et à l'écrire. C'est une grande œuvre scientifique, dont la *Revue* est heureuse de publier une bonne feuille, qui est une très instructive étude sur une question peu connue en France.

E. T.

Fonctions de l'écorce cérébrale chez les vertébrés inférieurs. — Le premier problème de physiologie cérébrale, celui de la nature des *fonctions les plus anciennes de l'écorce du cerveau antérieur*, n'a reçu que naguère une solution scientifique, fondée sur l'embryologie et l'anatomie comparée. Chez les Amphibiens et chez les Reptiles, le rudiment de l'écorce cérébrale n'est guère relié qu'avec l'appareil olfactif. Tous les autres appareils des sens n'ont été reliés à l'écorce que postérieurement à l'établissement de ces rapports primitifs de l'appareil olfactif avec le manteau des hémisphères cérébraux. La pensée a donc commencé, dans la série des vertébrés, par l'élaboration des perceptions olfactives. Nous connaissons ainsi la nature des sensations spéciales qui, pour la première fois, trouvèrent, dans le télencéphale, un substratum anatomique, condition de la conservation et de l'association des souvenirs de ces sensations avec d'autres modes de sentir, inégalement développés. Phylogéniquement, l'écorce cérébrale la plus ancienne, reliée par des faisceaux de fibres nerveuses au lobe olfactif, a servi aux perceptions du sens de l'olfaction. Chez les Reptiles, outre le lobe olfactif lui-même, toute l'aire de la base du cerveau et une grande partie du « ganglion de la base » (*corpus striatum*) appartiennent encore à l'appareil olfactif.

Le manteau qui s'étend au-dessus de l'appareil olfactif, relativement petit par rapport à cet appareil, contient pour la première fois une écorce régulière (2). Des cellules épithéliales de la muqueuse olfactive entre lesquelles elles se trouvent, les fibres olfactives gagnent le *lobus olfactorius* où elles s'arborisent dans les dentrites des cellules mitrales. Les cylindraxes des cellules mitrales se terminent, sous forme de *radiation olfactive*, en partie dans l'écorce du lobe olfactif, en partie dans la couche des fibres tangentielles de l'écorce cérébrale et dans le réseau sous-cortical ; une autre partie, renforcée de faisceaux provenant du lobe lui-même, va dans l'*épistriatum*. Des stations terminales de la voie olfactive secondaire sortent encore des voies tertiaires, appartenant toujours au système de l'*olfactorius* ; parmi les faisceaux les plus com-

(1) Jules Soury. *Le système nerveux central. Structure et fonctions.* Histoire critique des théories et des doctrines. Paris, 1899, Carré et Naud, 2 vol. grand in-8 XII-1868 pages, avec figures.

(2) L. Edinger. *Untersuchungen üb. die vergleichende Anat. des Gehirns.* 3. *Neue Studien über das Vorderhirn der Reptilien.* Abhand. der Senckenberg. naturf. Gesellsch. Frankf. a. M., 1896.

plexes de ce système est celui qui se rend au *ganglion de l'habénule*, constituant la partie principale du *tænia thalami* : il relie le territoire de l'*aire olfactive* (*area olfactoria*), désigné, chez les mammifères, du nom de *lobus olfactorius posterior*, avec le *cerveau intermédiaire* (*Zwischenhirn*). Du lobe olfactif et de l'aire olfactive de la base du cerveau un faisceau monte à l'écorce du manteau où il se termine : ce *faisceau olfactif* représente la *première connexion connue d'un appareil des sens avec l'écorce du cerveau* (fig. 4).

Peut-être existe-t-il déjà pourtant chez les Amphibiens : ce n'est, en tout cas, que chez les Reptiles qu'on peut démontrer son existence. Par la commissure antérieure et les commissures du manteau (*psalteria*) passent les fibres qui réunissent les parties semblables des deux hémisphères, reliant ainsi les territoires olfactifs, et ces territoires seulement, du cerveau des reptiles. Comparé à l'appareil olfactif, tout le reste du cerveau antérieur des reptiles semble de peu d'importance. L'écorce de ce cerveau a été bien étudiée par Edinger au moyen de la méthode de Golgi. Outre une couche stratifiée de cellules pyramidales, elle contient d'autres neurones situés en dehors de cette couche. Un puissant plexus de fibres tangentielles la parcourt ; elle envoie et reçoit des faisceaux de fibres nerveuses. Il n'y a aucun point de cette écorce, aucune cellule nerveuse qui ne puisse entrer en rapport avec d'autres points au moyen de prolongements nerveux. « L'anatomie fine de cette écorce démontre, dit Edinger, que déjà dans un cerveau, de structure si peu élevée, des possibilités d'*associations*, en nombre infini, se trouvent réalisées. » On n'y a pourtant pas encore découvert de longues voies d'association proprement dites, même chez les grands reptiles, dont l'écorce se distingue souvent de celle des petits par un plus haut développement, en particulier par la plus grande épaisseur des voies courtes d'association. En dehors des faisceaux appartenant à l'appareil olfactif, aucun autre faisceau important ne saurait être suivi avec sûreté dans l'écorce des Reptiles, quoiqu'on doive considérer comme très vraisemblable l'existence d'un faisceau cortical allant au *tectum mesencephali*, où se terminent le nerf optique, ainsi qu'une grande partie des fibres sensitives : cette *radiation optique*, allant des centres de l'opticus à l'écorce, est d'ailleurs ici peu apparente et ne se décèle que lorsqu'on connaît bien le puissant développement de ce même faisceau chez les Oiseaux. On doit encore signaler un faisceau qui de l'écorce du pôle frontal irait se terminer dans le thalamus, première apparition d'une *radiatio thalamo-corticalis*, si développée chez les mammifères.

Les *Reptiles* sont, d'après Edinger, les premiers vertébrés qui possèdent une écorce mieux développée. Mais le rôle de cette écorce est encore tout à fait restreint et spécial, car elle ne sert pour la plus grande part qu'à l'appareil olfactif, et les ganglions de la base sont déjà en rapport avec lui, abstraction faite du faisceau basal qui y a ses cellules d'origine. Les fibres du tractus olfactorius qui sont la continuité des cellules mitrales du *bulbus olfactorius* se terminent dans les parties antérieures du télencéphale à peu près là où Edinger indique la région de ses *area parolfactoria* et *area olfactoria*. « J'admets donc, peut-être sans être tout à fait d'accord avec Edinger, écrit Kölliker, que dans les cellules de cette aire se terminent tous les éléments de la *voie olfactive secondaire* issue des cellules mitrales et qu'une nouvelle voie olfactive, de *troisième ordre*, commence avec les axones des cellules constitutives

de cette aire. » Telles seraient les voies allant au télencéphale qu'EDINGER appelle *tractus cortico-epistriatus*, *tractus bulbo-corticalis*, *tractus olfactorius septi*. KÖLLIKER fait particulièrement ressortir l'importance de la découverte d'un *tractus olfactorio-habenularis*, passant dans la *tænia thalami*, car cette découverte jette une vive lumière sur une connexion qui se retrouve aussi chez les mammifères, celle de la *tænia thalami* avec la base du cerveau dans la région du corps strié (1).

KÖLLIKER relève encore l'importance, parmi les voies tertiaires, du *tractus olfactorius septi*. EDINGER l'a prouvé, l'écorce de la face interne du télencéphale des Reptiles correspond à la corne d'AMMON des Mammifères. Ainsi le télencéphale des Reptiles est, dans une partie de sa base, une station de terminaison de la voie olfactive de deuxième ordre, et, sur une grande portion de son écorce ; ainsi que peut-être dans le ganglion de la base, une station terminale de la voie olfactive de troisième ordre. Quoique le cerveau antérieur des Reptiles possède peut-être d'autres connexions encore, qu'une mince *radiation optique* parais se se terminer dans son écorce (EDINGER), et qu'une *radiatio thalamo-corticalis* se dessine déjà pour la première fois chez ces vertébrés, le cerveau des Reptiles est et demeure surtout un « cerveau olfactif » (*Riechhirn*), et le grand mérite d'avoir établi démonstrativement ce fait revient à EDINGER (2).

Dans le *bulbus olfactorius* du **rhinencéphale** se terminent les fibres amyéliniques des cellules olfactives de la muqueuse olfactive, les *fila olfactoria* ; l'arborisation de ces fibres a lieu dans les *glomeruli olfactorii*, où se ramifient les dendrites de grosses et de petites cellules (cellules mitrales et cellules à panache périphériques). La voie olfactive secondaire est constituée par les cylindraxes des cellules mitrales qui s'arborisent dans différentes parties du cerveau, dans le *lobus olfactorius* et le *lobus piriformis*, d'où partent de nouvelles voies dont la terminaison n'est pas encore exactement connue. Au rhinencéphale appartiennent encore la *corne d'Ammon* et la *fascia dentata*, le *lobus hippocampi*, le *fornix*, le *septum pellucidum* et la *commissura anterior*.

Chez tous les mammifères, même chez les microsmatiques, le *bulbus olfactorius* présente, au cours de son développement, une cavité interne, le *ventriculus olfactorius*, *ventriculus bulbi olfactorii*, en rapport avec la corne antérieure du ventricule latéral, cavité qui persiste sans doute durant toute la vie chez tous les mammifères macrosmatiques et conserve par un étroit canal ses rapports avec les ventricules latéraux.

Quelque différent que soit le développement du *bulbus olfactorius* dans

(1) A KÖLLIKER. *Handbuch der Gewebelehre d. Menschen*, 6te Aufl., 1896. II, 824 sq. Cf. 815.

(2) Nous ne devons pas omettre de noter que, au sujet des *lobi anteriores* ou ganglions de la base, qui sont tout le cerveau antérieur des Téléostéens (RABL-RÜCKARD), KÖLLIKER s'étonne que ni EDINGER, ni VAN GEHUCHTEN n'aient rien dit de précis sur les rapports des ganglions de la base des Poissons avec la *radiation olfactive*. FRITSCH a vu les fibres radiculaires de l'*olfactorius* pénétrer dans la commissure de ces lobes cérébraux. Les deux commissures de BELLONCI rappelleraient celles qu'a décrites VAN GEHUCHTEN. « Le ganglion de la base appartient bien, de même que le *ganglion habenulæ*, si mon interprétation est juste, à la *voie centrale de l'olfaction*. » Il semble également possible de localiser dans le ganglion de la base la *voie centrale de l'opticus*, si l'on parvient à démontrer que des fibres centripètes parties des neurones du *lobus opticus* s'arborisent dans ce ganglion.

la série des mammifères, il est chez tous essentiellement le même, enseigne Kölliker, macroscopiquement comme microscopiquement, et peut être considéré comme « une partie transformée de l'écorce célébrale où les *fila olfactoria* occupent la place du *stratum zonale* » (1). Il distingue donc, chez les mammifères macrosmatiques et microsmatiques, dans le *bulbus olfactorius*, du moins dans le *bulbe principal*, les stratifications suivantes :

1. La couche des *fila olfactoria* ;
2. Le *stratum glomerulorum* ou la couche des *glomeruli* ;
3. Le *stratum griseum*, ou couche grise, correspondant à la couche grise de l'écorce célébrale et qui se subdivise en

a) *Stratum moleculare s. gelatinosum*, constitué de petites et de grosses cellules nerveuses et

b) Couche des cellules pyramidales géantes, des cellules mitrales ;

4. La *substance blanche*, la couche des fibres nerveuses ou couche des grains.

Ainsi, il n'y a point de doute que la plus grande partie de l'écorce du cerveau des Reptiles ne soit une « écorce olfactive » (*Riechrinde*). Que l'écorce cérébrale, là où elle se montre pour la première fois dans la série des vertébrés, ne soit que le centre d'un seul sens, celui de l'olfaction ; que toutes les associations psychiques que cette écorce réalise, tous ses souvenirs, toutes ses images mentales appartiennent à ce sens unique, c'est là, au sentiment d'Edinger comme au nôtre, un des résultats les plus considérables que l'anatomie comparée ait livrés à l'étude des fonctions du cerveau, à celle de la psychologie comparée. Avant d'inaugurer, d'une façon scientifique, de pareilles études, il fallait savoir quelles impressions des sens, quelles perceptions les vertébrés inférieurs avaient d'abord élaborées, conservées, associées sous la forme de symboles de la pensée.

Edinger, à qui l'on doit surtout cette découverte, avait du reste déjà indiqué que l'écorce du cerveau des reptiles correspondait, en tout ou en partie, à la corne d'Ammon, région du cerveau des mammifères dont les rapports avec l'olfaction sont bien établis. Les nouvelles études de ce savant ont confirmé ces vues. S'il n'est pas encore possible de dire jusqu'à quel point l'écorce du cerveau des reptiles correspond uniquement à la corne d'Ammon et à tout le *gyrus limbicus*, et si d'autres centres ne s'y rencontrent point déjà, au moins la plus grande partie de cette écorce est-elle bien en rapport avec l'appareil olfactif. Ajoutez qu'elle donne naissance à un *fornix*, où Edinger a pu démêler deux faisceaux, dont l'un va *au corps mamillaire*, l'autre au *ganglion de l'habénule*. Pour Edinger, les connexions et le développement de ce ganglion, qui varient chez les mammifères avec l'importance relative de l'appareil olfactif, indiquent qu'il fait partie de cette province du système nerveux central. Des fibres provenant du *tænia thalami*, et remontant du territoire olfactif, aboutissent certainement, en grand nombre, dans le ganglion de l'habénule. En tout cas, le *tænia thalami* et le *ganglion, habenulæ* sont atrophiés, chez l'homme, comme l'appareil olfactif. Si l'écorce de la face interne du cerveau des reptiles correspond à la *corne d'Ammon*, s'il en naît un *fornix*, les commissures qui réunissent ces

(1) Kölliker. *Ibid.*, II, 692 sq. Cf. Pedro Ramon. *El Encefalo de los Reptiles*. Barcel., 1891 *Estructura del encefalo del camaleon*. Rev. trim. microgr. (Madrid, 1896), I, 46-83 ; 149.

territoires corticaux doivent être l'analogue du psalterium. Dans les cerveaux des marsupiaux et des monotrèmes étudiés jusqu'ici, le corps calleux fait défaut : les commissures de ces cerveaux doivent être considérées comme une formation identique aux fibres blanches de la lyre de David, parce qu'elles ne réunissent que des parties des deux circonvolutions d'Ammon.

Du cerveau des Reptiles à celui des Marsupiaux le progrès accompli est bien plus petit que du cerveau des Marsupiaux à celui de l'Homme. G. Elliot Smith (Sidney), après Zuckerkandl et Edinger, a fait connaître les relations de l'hippocampe avec le lobe olfactif (1) ; il a pu suivre les fibres de la racine olfactive interne qui, comme cylindraxes des cellules mitrales, au sortir du bulbe olfactif vont, sous forme de collatérales et d'arborisations terminales, se mettre en contact avec les expansions protoplasmiques des cellules du lobe piriforme (*uncus*).

Le cylindraxe de quelques-unes des cellules mitrales a été suivi jusqu'à l'extrémité antérieure de l'hippocampe. L'espace quadrilatère de Broca, l'« aire précommissurale », amas de matière grise servant de station intermédiaire outre le lobe olfactif et l'hippocampe, ainsi que la *lamina terminalis* (*septum pellucidum*), sont composés de cellules pyramidales à prolongements protoplasmiques descendants, qui envoient leurs cylindraxes vers la périphérie de l'écorce de l'hippocampe : les dendrites des cellules de l'espace quadrilatère reçoivent les arborisations terminales des fibres de la racine olfactive interne. Ces grandes cellules vont, par l'*alveus*, s'arboriser dans les dendrites des cellules pyramidales de l'hippocampe : d'autres pénètrent dans la *fimbria*, probablement pour se terminer de la même manière dans l'hippocampe. Les cylindraxes des cellules mitrales montent aussi jusqu'à la couche moléculaire de la *fascia dentata*, où elles s'arborisent dans les dendrites des cellules des grains de cette région, ce qui implique que ces dernières seraient des neurones de « réception », dont la fonction serait, par conséquent, comparable à celles des grosses cellules de l'espace quadrilatère : les fins cylindraxes des grains de la *fascia dentata* conduiraient enfin, de leur côté, jusqu'aux cellules pyramidales de l'hippocampe, les excitations parties du bulbe olfactif. *Ces deux faisceaux* iraient donc *du bulbe olfactif à l'hippocampe*. Grâce à l'absence du corps calleux, ces connexions apparaissent, chez les monotrèmes et les marsupiaux, avec une évidence qu'on ne saurait rencontrer chez les mammifères placentaires.

Le groupe des Monotrèmes constitue donc un stade extrêmement important dans l'histoire de l'évolution du cerveau des mammifères. La structure comparée de l'encéphale de l'Ornithorhynque et de l'Échidné n'est bien connue que depuis les travaux de C. Elliot Smith (2).

Dans l'espèce de vaste goufre qui sépare des Reptiles les Prototheria, les hémisphères de l'ornithorhynque présentent maints traits d'une ressemblance étroite avec les reptiles, permettant d'entrevoir un certain nombre de caractères de transition. L'énorme développement des

(1) *The connection between the olfaltory Bulb and the Hippocampus*. Anat. Anzeiger, 1895, X, 470-4.

(2) V. G. Elliot Smith (University of Sidney), *The structure of the cerebral hemisphere of ornithorhynchus*. The Journ. of anat. and physiol., XXX. II. sér. X, 1896, 465-486, où toute la littérature relative à ce sujet est indiquée, avec les nombreux mémoires d'Elliot Smith.

nerfs de la *cinquième paire* frappe tout d'abord chez les monotrèmes, nerfs reliés périphériquement avec de nombreux organes des sens spécialisés, déjà décrits par WILSON et P. MARTIN. Les proportions considérables du noyau sensitif du trijumeau entraînent l'apparition d'un renflement énorme de la face ventrale du *pont* et de la *moelle*. La *substantia gelatinosa* de ROLANDO est aussi extraordinairement développée dans la moelle cervicale et dans le reste de ce centre nerveux. Et ce fait explique à SMITH la grosseur du faisceau qui se termine dans le *thalamus opticus* du côté opposé, ainsi que les grandes dimensions de ce ganglion, « dont l'extension latérale réduit le *corpus striatum* en arrière à une simple couche de substance grise ».

Le *bulbe olfactif* consiste en une petite masse grise ellipsoïde située en avant des hémisphères qui le recouvrent en partie. La morphologie générale du bulbe est, chez l'Ornithorhynque, semblable à celles des reptiles, celle de l'Echidné ressemble à celle des mammifères. Sur le trajet du *pédoncule olfactif* se trouve un tubercule de substance grise, le *tuberculum olfactorium*, puis, en arrière, s'étend le *gyrus piriformis* dont l'extrémité se termine en se tournant en haut sur la paroi interne de l'hémisphère, derrière l'hippocampe : le *lobe piriforme* est donc limité en avant par la scissure de l'hippocampe, en arrière par la *fissura rhinalis* [c'est la partie du lobe piriforme qui est l'homologue du *gyrus hippocampi* (*uncinatus*], latéralement par la *fissura ectorhinalis* qui le sépare du *pallium*. Entre le *tuberculum olfactorium* et le *lobe piriforme* est une « *area depressa* », à la base du cerveau, qui correspond à l'espace perforé antérieur. Chez l'Echidné et dans tous les autres mammifères, l'*area depressa* est en continuité directe avec le *lobe piriforme* derrière la *fissura endorhinalis*.

L'« aire précommissurale » varie de développement avec l'appareil olfactif : cette aire forme une sorte de station de branchement entre le bulbe olfactif et l'hippocampe.

L'extrême développement du thalamus réduit, on l'a dit, le *corps strié* à une étroite bande grise qui se continue en avant avec le *lobe piriforme* par l'intermédiaire du *nucleus amygdalae*. Le corps strié est divisé en *noyaux caudé* et *lenticulaire* par une *capsule interne* qui est tout à fait rudimentaire chez l'ornithorhynque et l'échidné, tandis que les marsupiaux, avec un pallium beaucoup moins développé, possèdent des capsules internes plus larges et mieux développées, fait significatif sur lequel ELLIOT SMITH a appelé l'attention, car il offre un caractère de transition entre le système pédonculaire des reptiles et la capsule interne des mammifères supérieurs.

Après le proto-neurone olfactif qui, de la *muqueuse olfactive*, va se terminer dans les *glomérules olfactifs* du *bulbe olfactif*, SMITH énumère trois racines ou « tractus » dont les fibres issues des cellules mitrales du bulbe olfactif, et formant les « radiations olfactives » d'EDINGER, s'arborisent ainsi en arrière : 1° le *tractus latéral* dans la couche moléculaire du *lobe piriforme* ; 2° le *tractus interne* sur la paroi interne des hémisphères, dans l'*aire précommissurale* ; 3° le *tractus intermédiaire* dans la couche superficielle du *cortex* du *turberculum olfactorium*.

Les fibres issues de toute l'étendue du *pallium*, du *lobe piriforme* et du *nucleus amygdalæ*, des *pédoncules olfactifs* et du *tuberculum olfactorium* se rassemblent sous forme d'une large voie nerveuse qui passe par le corps strié pour traverser la ligne médiane et constituer la *commissura ventralis*. Les fibres issues du reste des hémisphères — hippocampe et aire

précommissurale — forment la *commissura dorsalis*. La disposition des fibres de cette commissure est un peu mieux ordonnée chez l'échidné que chez l'ornithorhynque au point d'entre-croisement sur la ligne médiane.

Chez tous les vertébrés, à l'exception peut-être des Acrâniens et des Cyclostomes, le monde a toujours été représenté dans la conscience par les mêmes qualités idéales d'étendue, de clarté ou d'obscurité, d'odeur et de saveur, peut-être de son : seules, certaines de ces qualités l'ont tantôt emporté sur d'autres en force et en éclat, tantôt ont fléchi et rétrocédé, laissant passer l'empire à de mieux adaptées aux conditions anciennes ou nouvelles d'existence dans les eaux, sur la terre ou dans l'air. Il ne s'agissait toujours, par l'effet de l'adaptation, de la sélection et de la concurrence des êtres vivants, que de différenciations organiques, de compensations fonctionnelles, de division du travail physiologique d'un organe, l'encéphale, qui tantôt a conçu le monde sous la catégorie des images mentales de l'olfaction, plus tard, sous celle de la vision, puis de l'audition, ou sous toutes ces catégories à la fois, mais toujours à des degrés divers, selon que telle ou telle espèce de sensations, de perceptions et d'images, et partant d'organes correspondants du système nerveux, a tour à tour prédominé et conquis une hégémonie passagère.

Avant toute démonstration physiologique de l'existence, sur l'écorce du cerveau, de localisations fonctionnelles, l'anatomie comparée suffisait déjà seule, Broca et Meynert l'ont bien fait voir, pour établir la diversité, l'hétérogénéité, je ne dis pas seulement des principaux organes de l'encéphale, mais des différentes provinces de sensibilité générale ou spéciale constituant le manteau des hémisphères. Meynert signale trois faits des plus significatifs : 1° les différences considérables de volume que présente le *lobe olfactif* dans la série des vertébrés, depuis les poissons et les mammifères terrestres dont les principales fonctions de la vie de relation dépendent de l'olfaction, jusqu'aux oiseaux, aux carnassiers amphibies, aux singes et à l'homme, chez lesquels cet organe a dégénéré au point de disparaître chez les cétacés ; 2° les différences correspondantes existant dans le développement relatif des circonvolutions en rapport avec cette fonction, chez l'homme et chez les animaux osmatiques (*gyrus fornicatus* ou lobe du corps calleux, *circonvolutions de l'hippocampe, formation de la corne d'Ammon*) ; 3° le développement tout à fait prépondérant, chez l'homme, entre tous les territoires du manteau, des régions d'enceinte de la fosse de Sylvius et du fond de cette scissure, où se trouve *l'insula*, régions en rapport avec la faculté du langage articulé.

Les diverses régions de l'écorce du cerveau des mammifères atteignent donc un développement différent, et, après Meynert et Broca, Edinger a opposé le territoire olfactif des animaux macrosmatiques à celui des cétacés, des singes et de l'homme.

Et pourtant, quoiqu'ils ne possèdent encore qu'un bulbe et une lobe olfactif sans écorce célébrale, les Poissons osseux ne laissent pas de percevoir les odeurs, et tout pisciculteur sait que, après le sens de la vue, dont ils se servent surtout, ces vertébrés sont très souvent guidés dans leurs actions par le sens de l'odorat. Quand, chez les amphibiens et surtout les reptiles apparaît une nouvelle formation, l'écorce du manteau célébral, cette écorce n'est presque uniquement en rapport qu'avec le lobe olfactif, et l'on sait le développement énorme qu'a pris l'é-

corce olfactive chez les mammifères macrosmatiques. On connaît, d'autre part, l'involution régressive de cette même écorce chez les mammifères aquatiques (dauphins, baleines), chez les singes et chez l'homme, évolutions et involutions corticales strictement parallèles à celle du *bulbe*, du *nerf* et du *lobe olfactif* (1). Quelle peut être la nature des *sensations* et des *perceptions olfactives* chez les poissons ? S'ils *reconnaissent* les odeurs, s'ils possèdent une *mémoire olfactive*, ils doivent avoir des *représentations* de cette nature, et des *images olfactives* doivent entrer pour une part prédominante dans les *processus d'association* qui sont, chez les poissons comme chez l'homme, toute *l'intelligence*. Malheureusement, à part quelques observations bien faites, telles que celles de Möbius, il n'existe pas plus d'expériences méthodiques sur ce sujet chez les poissons que chez les reptiles, qui d'ailleurs offrent déjà des conditions anatomiques de la vie mentale bien supérieures, puisqu'ils possèdent une véritable écorce cérébrale.

Relations de l'écorce cérébrale avec les ganglions cérébraux chez les vertébrés inférieurs. — En dehors même des points spéciaux de physiologie des fonctions sensitives et sensorielles du manteau cérébral, quel est, considéré dans l'ensemble de ses fonctions, le rôle de l'*écorce du cerveau* ? C'est un second problème non moins vaste assurément que le premier. « Je crois que les faits que nous enseigne l'anatomie comparée du cerveau antérieur, a écrit Edinger, sont bien propres à jeter de la lumière sur le rôle de l'écorce cérébrale et à nous donner la raison de la contradiction, si souvent admise, entre les résultats de l'excitation et ceux des extirpations totales de l'écorce. Une grande classe d'animaux — les Poissons osseux — manque complètement d'écorce cérébrale et des faisceaux de projection qui en descendent. Chez ces vertébrés, le cerveau commence, *sit venia verbo*, par le *ganglion de la base*, le corps strié. Les ganglions du thalamus sont relativement petits, et ce n'est qu'à partir du cerveau moyen qu'on trouve des cellules et des faisceaux de fibres considérables. » Rabl-Rückhard, au cours de ses belles recherches embryologiques, a montré que les *lobes antérieurs* des poissons osseux (*téléostéens*) sont uniquement représentés par les *ganglions de la base* (corps striés) du cerveau antérieur.

Le manteau, ou *pallium*, c'est-à-dire la substance grise et blanche de l'écorce du cerveau antérieur ou télencéphale des vertébrés, n'est représenté, chez les Poissons osseux, que par une *mince couche de cellules épithéliales* étendue comme une voûte au-dessus d'une cavité encéphalique et formant le toit de cette cavité, ou ventricule du cerveau antérieur des poissons osseux, correspondant aux deux ventricules latéraux du cerveau des mammifères. Une *commissure* transversale ou *interlobaire* relie entre eux les lobes antérieurs. A chaque lobe antérieur aboutissent, en avant, les fibres du *nerf olfactif*. Les *cellules épithéliales* constituant la voûte du cerveau antérieur des poissons osseux sont de véritables cellules épendymaires, semblables à celles des cavités médullaires et encéphaliques des oiseaux et des mammifères,

(1) Edinger. *Ueber die Entwicklung des höheren Seelenlebens bei den Thieren.* Jahresb. d Senkenbergischen naturforsch Gesellsch., 1894. *Vergleichend-entwickelungsgesch. u. anat. Studien im Bereiche der Hirnanatomie. Riechapparat u. Ammonshorn.* Anat. Anz., 1893. *Ueber die phylogen. Ursprung der Rindencentren. u. üb. den Riechapparat.* Wandersamml. der Neurol. u. Irrenärtze zu Baden-Baden (1893).

cellules longues, dont le prolongement nucléé est au voisinage immédiat de la cavité ventriculaire, le prolongement périphérique à la surface périphérique du cerveau ou du centre nerveux, s'il existe ; ces cellules occupent donc tout l'espace intermédiaire (Ramon y Cajal, Van-Gehuchten, etc.). Les *lobes antérieurs* du cerveau des poissons osseux sont les ganglions d'origine du *faisceau basal du cerveau antérieur* (Edinger) ou *pédoncule cérébral*. D'après Van Gehuchten, le *faisceau basal* d'Edinger est formé essentiellement non d'une, mais de deux espèces de fibres nerveuses : 1° fibres descendantes à conduction *centrifuge, motrices*, qui, des lobes antérieurs de ces cerveaux, vont se terminer dans une région inférieure de l'axe cérébro-spinal ; 2° fibres ascendantes à conduction *centripète, sensitives*, qui s'arborisent dans les lobes antérieurs, et dont les cellules d'origine doivent se trouver dans des centres nerveux inférieurs. Van Gehuchten peut ainsi considérer ce *faisceau basal* comme formé à la fois de faisceaux *sensitifs* et *moteurs*, et rapprocher ceux-ci du faisceau sensitif et des voies des pyramides des vertébrés supérieurs (1). La *commissure interlobaire* du cerveau antérieur de ces poissons serait formée par l'entre-croisement partiel d'une grande partie des fibres centrales de ce faisceau sensitif (Van Gehuchten), non par des fibres commissurales analogues à celles du corps calleux et de la commissurale antérieure du cerveau des mammifères, lesquelles ont leurs cellules d'origine dans un lobe et se terminent dans l'autre. Ici une partie des fibres du faisceau sensitif se termine par des arborisations libres dans le lobe *correspondant*, une autre dans le lobe *opposé* en passant par la commissure interlobaire.

Mais les prolongements cylindraxiles des cellules nerveuses des lobes antérieurs ne passent point par cette commissure. La commissure, interlobaire du cerveau antérieur des poissons osseux, commissure double, paraît donc être constituée par un entre-croisement partiel des *fibres sensitives, centrales* Van Gehuchten a pu suivre jusqu'à une certaine distance les fibres du *pédoncule cérébral* ou faisceau basal du cerveau antérieur des Téléostéens. Les fibres centrifuges motrices de ce faisceau ont bien leurs cellules d'origine, nous le répétons, dans les lobes antérieurs, dont ces neurones forment la matière principale, surtout dans les régions voisines de la paroi ventriculaire. Une fois descendus dans le faisceau basal, ces fibres se dirigent en arrière et se terminent, pour une partie d'entre elles au moins, dans *l'infundibulum* ; on ignore encore où s'arborisent les autres fibres centrifuges du faisceau basal. Quant aux fibres centripètes, ascendantes, sentives, de ce faisceau, dont les ramifications cylindraxiles se terminent librement dans les prolongem ents protoplasmiques des cellules motrices des lobes antérieurs, un grand nombre d'entre elles représentent les prolongements cellulifuges de neurones situés dans la partie antérieure de *l'infundibulum* : « Ces cellules d'origine ont conservé, tout comme les cellules épendymaires, leur rapport avec la cavité centrale. Ce sont des cellules bipolaires dont un des prolongements, court et irrégulier, se termine à la surface libre de la cavité ventriculaire, tandis que l'autre prolongement, après avoir émis quelques branches collatérales, se terminant dans le voisinage de la cellule, se

(1) Van Gehuchten. *Contribution à l'étude du système nerveux des Téléostéens*. La Cellule. X, 1893. Cf. *La moelle épinière de la truite*. Ibid., XI, 1895.

continue directement avec le prolongement cylindraxile. Celui-ci pénètre donc dans le faisceau basal pour aller se terminer entre les cellules constitutives des lobes antérieurs du cerveau. »

A propos de l'étude de ce faisceau des poissons osseux, VAN GEHUCHTEN a fait une remarque d'une très grande portée générale : « Les fibres ascendantes ou *sensitives* du faisceau basal viennent se terminer dans le voisinage immédiat des cellules motrices des lobes antérieurs, de telle sorte qu'entre les branches terminales des fibres sensitives et les cellules d'origine des fibres motrices *le contact est immédiat, sans interposition d'un troisième élément nerveux*. Cette disposition est absolument identique à celle que l'on observe chez les mammifères et chez l'homme, au moins dans certaines régions de l'axe nerveux : telle la substance grise de la moelle, où les collatérales sensitivo-motrices des fibres du cordon postérieur viennent en contact avec les cellules radiculaires ; telles les éminences antérieures des tubercules quadrijumeaux, où les fibres optiques et les fibres acoustiques se terminent dans le vosinage des cellules d'origine du faisceau réflexe de HELD ; telle encore la couche corticale grise de la zone motrice du cerveau où, d'après FLECHSIG et HÖSEL, les fibres sensitives viennent se mettre en contact avec les cellules d'origine des fibres de la voie pyramidale.» La partie interne de chaque lobe antérieur du cerveau des Téléostéens, correspondant aux deux tiers de l'épaisseur et limitant la cavité ventriculaire, est exclusivement formée de cellules épendymaires et de cellules nerveuses multipolaires à vastes prolongements protoplasmiques ; la partie externe, d'apparence plus claire sur les coupes, est constituée par des cellules nerveuses éparses entre les faisceaux de fibres ascendantes du pédoncule cérébral. Les prolongements cylindraxiles des cellules nerveuses des lobes antérieurs, fibres constitutives de la voie centrifuge du faisceau basal, sortent soit des corps cellulaires, soit des prolongements protoplasmiques de ces neurones. Sans nier qu'il en existe dans les lobes antérieurs du cerveau de ces vertébrés, sur les coupes d'une quarantaine de lobes traités par la méthode de GOLGI, VAN GEHUCHTEN n'a jamais rencontré ces cellules nerveuses à cylindraxe court, ou cellules de GOLGI, signalées par BELLONCI dans ces mêmes régions, et qui, sous le nom de *cellules d'association*, prennent une part si grande, selon von MONAKOW, comme d'après FLECHSIG, aux fonctions supérieures de l'innervation centrale, c'est-à-dire de l'intelligence.

Le *corps strié* de l'encéphale des mammifères, l'homologue du *ganglion basal* des vertébrés inférieurs, et dont le développement est encore considérable, demeure l'une des parties les plus énigmatiques du cerveau antérieur. Dans son étude sur le système nerveux des téléostéens, VAN GEHUCHTEN avait montré (1893) que, chez la truite, le *faisceau basal* est formé de fibres descendantes ou *motrices* et de fibres ascendantes ou *sensitives*. Les fibres motrices ont leurs cellules d'origine dans le *ganglion basal* et se terminent en partie dans la région de *l'infundibulum*. Les fibres sensitives s'arborisent dans le *ganglion basal*, où elles entrent en connexion avec les dendrites des cellules d'origine des fibres descendantes ; une partie de ces fibres ascendantes passe par la commissure antérieure pour se terminer entre les cellules constitutives du ganglion basal du côté opposé. EDINGER avit également trouvé, dans le cerveau antérieur, des reptiles, que des fibrilles nerveuses, ramifications ultimes des fibres ascendantes ou sensitives,

s'entre-lacent, dans le ganglion basal, aux prolongements protoplasmiques des cellules multipolaires dont les axones constituent les cylindraxes des fibres descendantes du faisceau basal. Mais ce savant n'avait pas pu poursuivre assez loin les prolongements nerveux de ces cellules pour découvrir leur destination. Chez les batraciens, où la structure et les connexions du ganglion basal sont encore moins bien connues, toutes les fibres du faisceau basal se termineraient, selon EDINGER, dans les ganglions du thalamus et du métathalamus : il existerait un *faisceau strio-thalamique* dont les fibres relieraient le télencéphale au diencéphale ; le télencéphale des batraciens serait dépourvu de toute connexion directe avec les parties inférieures du névraxe.

(*A suivre.*)

ASSISTANCE

ORGANISATION D'UN SERVICE D'ALIÉNÉS

Par ED. TOULOUSE,
Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (1).

III

Cet article fait suite à deux autres publiés antérieurement sur l'*organisation scientifique d'un service d'aliénés* (juillet 1899) et sur *les hôpitaux et services d'observation et de traitement* (juin 1899). Il sera suivi d'autres, et l'ensemble sera une étude du service que j'ai organisé à l'asile de Villejuif sur des bases un peu nouvelles, ainsi qu'on en jugera. Pour que la monographie soit complète et puisse servir à toutes fins, je donnerai quelques brefs renseignements sur des détails qui ne présentent aucun intérêt particulier. J'estime que les monographies des services, ainsi conçus, seraient très utiles à tous, et notamment aux collègues étrangers.

DESCRIPTION DE L'ASILE DE VILLEJUIF.

L'asile de Villejuif est situé dans la commune de Villejuif, à environ 8 kilomètres au sud de Paris. Il est desservi par la ligne de tramways Châtelet-Villejuif, qui part du Châtelet toutes les 20 minutes et fait son trajet en 1 heure environ ; il s'arrête à 600 mètres de l'asile (2). Deux lignes de chemin de fer passent, l'une (Vitry-sur-Seine, ligne d'Orléans) à 4 kilomètres de l'asile, et l'autre (Arcueil-Cachan, ligne de Sceaux) à 3 kilomètres.

(1) Voir les nos de juillet et de juin.

(2) Cette ligne de tramways va prochainement être prolongée jusqu'à la porte de l'asile et la traction animale sera remplacée par la traction électrique, ce qui permettra de faire le trajet en 35 minutes environ.

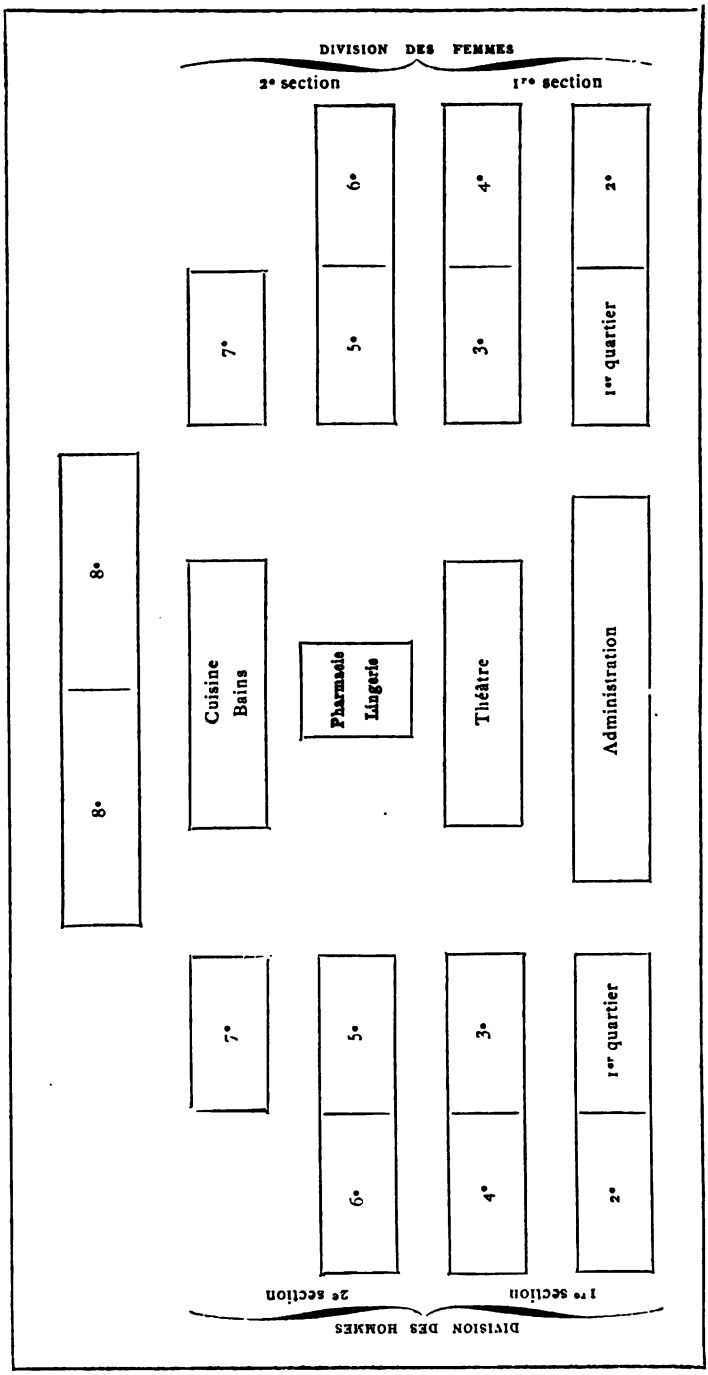

TABLEAU 1. — *Disposition des bâtiments de l'Asile de Villejuif.*

L'asile est sur un plateau de 100 mètres d'altitude, où l'air est pur et vif ; les environs sont peu peuplés et sont représentés par des champs où l'on cultive les céréales.

La population du village de Villejuif est de près de 4.000 habitants ; elle se compose en majeure partie de cultivateurs et de laitiers.

L'asile a été commencé en 1882 et achevé en 1889. La superficie totale des terrains enclos de murs est d'environ 20 hectares, sur lesquels 12 sont occupés par les bâtiments et les cours et le restant par les jardins potagers. Il n'y a pas de parc pour la promenade et les jeux des malades.

La dépense de construction et d'ameublement s'est élevée à :

Construction.....	5.910.000
Installation mobilière.....	1.390.000
Total.....	7.300.000

Comme cet asile était destiné à recevoir 1.400 malades, cela fait environ 7.000 francs pour un lit, ce qui est à peu près le prix moyen pour les asiles de la Seine.

Sur la ligne médiane (Tableau I) sont successivement : le bâtiment de l'Administration, où sont les bureaux et les logements de certains fonctionnaires, le théâtre qui sert à des représentations périodiques et aux bals ; la pharmacie et la lingerie, la cuisine et les bains.

Les malades sont placés dans de longs pavillons situés à droite et à gauche, perpendiculairement à l'axe de l'asile. A droite, la division des femmes ; à gauche la division des hommes. Chaque pavillon se compose de deux quartiers ; et quatre quartiers forment une section, qui est un service distinct qui est dirigé par un médecin en chef indépendant, selon le principe admis dans les asiles de la Seine.

Tous les pavillons du milieu et les quartiers des malades sont réunies par des galeries couvertes.

L'asile avait été aménagé pour deux services seulement, une division des hommes et une division des femmes. C'est en juillet 1897 que chaque division fut scindée en deux services distincts, ce qui explique pourquoi les quartiers constituant chaque service ne sont actuellement qu'au nombre de quatre.

On construit actuellement un nouveau quartier, faisant suite au 7e et qui se compose d'un pavillon en rez-de-chaussée pour l'hospitalisation des malades aigus. Ce quartier sera divisé en deux parties pour les deux sections de chaque division (hommes et femmes).

Les deux plus anciens médecins en chef sont logés dans des pavillons enclavés dans l'asile et avec porte sur la route. Les surveillants et sous-surveillants ont des logements dans des pavillons situés en dehors des quartiers des malades. C'est le premier asile de la Seine où ces deux améliorations dans le logement des fonctionnaires ont été introduites.

Les médecins en chef des quatre sections sont, pour la division des femmes, MM. Briand et Toulouse, et, pour la division des hommes, MM. Vallon et Pactet, assistés chacun d'un interne en médecine.

Un chirurgien en chef et un chirurgien adjoint des asiles de la Seine viennent en cas de besoin. Un médecin dentiste non fonctionnaire passe la visite et fait des opérations une fois par semaine. J'ai demandé aussi la nomination d'un médecin oculiste et d'un médecin otologiste. Il existe un pharmacien en chef et deux internes en pharmacie.

L'asile est administré par un directeur non médecin, un économe, un commis principal et un commis d'économat. Dans chaque service médical il y a un surveillant ou une surveillante en chef, des infirmiers ou infirmières, et des veilleurs ou veilleuses. Il existe divers ateliers (couture, serrurerie, menuiserie), dirigés par des chefs ouvriers et où viennent travailler les malades.

Le prix de revient journalier d'un malade a été pour l'année 1898, de 2 fr. 60, qui se décompose ainsi :

Personnel	0.46
Dépenses individuelles (Nourriture)	1.02
Frais généraux (entretien)	0.92
Dépenses en nature (produits du jardin consommés et travail des aliénés)	0.20
Total	2.60

DESCRIPTION DE MON SERVICE.

Aménagement intérieur. — Le service que je dirige est la 1re section de la division des femmes. Il se compose de 4 quartiers contenant ensemble 292 lits réglementaires et en fait 372 malades (population moyenne de 1898). Chaque quartier contient donc de 90 à 100 malades environ. C'est là un défaut ; car il vaudrait mieux 8 quartiers de 50 malades, afin de classer plus facilement les sujets selon leur état mental, leurs sympathies et même leur éducation et leur moralité. On doit autant que possible éviter le contact de femmes perverties à des mineures innocentes. Cette pro-

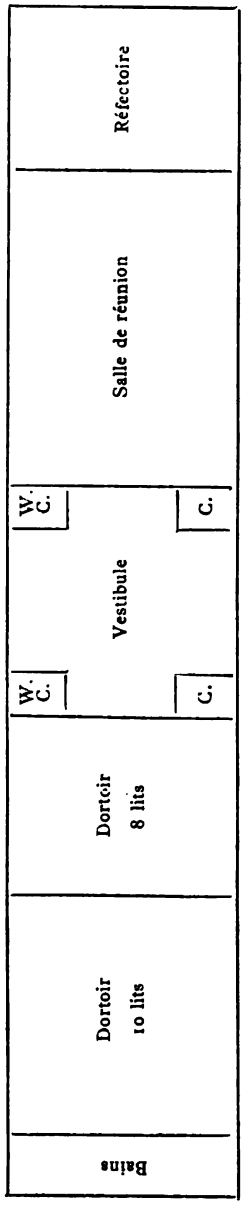

TABLEAU 2. — *Rez-de-chaussée du 1er quartier* (C. Chambre).

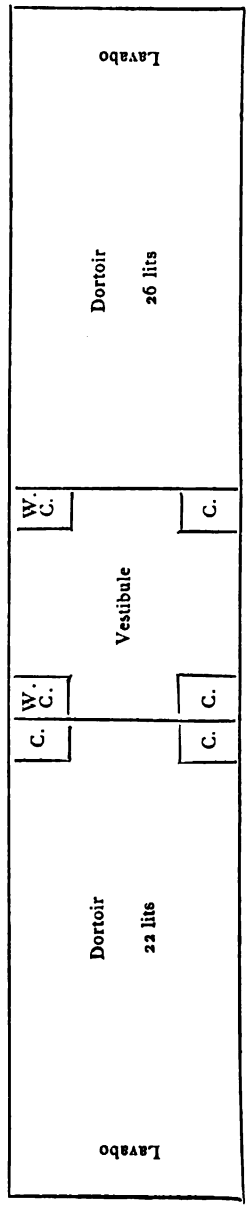

TABLEAU 3. — *1er étage du 1er quartier* (C. Chambre).

miscuité est surtout dangereuse dans les dortoirs. Aussi serait-il désirable que ces derniers fussent de 4 à 6 lits au plus. L'idéal serait même de donner une chambre à chaque malade, pour se rapprocher complètement des conditions ordinaires de la vie extérieure ; les agitées et les mélancoliques à surveiller coucheraient seules en section.

Le 1er et le 2e quartiers d'une part, le 3e et le 4e quartiers d'autre part, constituent deux longs pavillons (Tableau 1) dirigés de l'est à l'ouest. L'aspect de la façade extérieure de ces constructions est lourd, monotone et ne présente rien d'agréable.

Devant la façade sud de ces pavillons s'étend une cour de 2.000 mètres carrés, plantée de tilleuls, d'acacias et de marronniers et où se trouvent quelques massifs de fleurs. De ces cours, dépourvues de sauts de loup, la vue ne s'étend pas sur la campagne avoisinante et est bornée par les autres pavillons et des murs. Une galerie couverte en bois revêtue de zinc ombrage et garantit de la pluie les malades qui y stationnent. Ces pavillons n'ont qu'un rez-de-chaussée et un étage (Tableau 2).

Le 1er quartier, qui est une infirmerie pour les malades propres et tranquilles, présente au rez-de-chaussée (Tableau 2) au centre, un vestibule, sur lequel s'ouvrent les W. C. et 2 chambres dont l'une sert de petit laboratoire, et l'autre de bureau pour la surveillante ; à gauche, un dortoir de 8 lits, puis un dortoir de 10 lits, et une salle de bains à droite, la salle de réunion et le réfectoire. Ces deux dortoirs reçoivent les malades alitées dans la journée. Avant mon arrivée à l'asile, tout le côté gauche formait un vaste dortoir de 26 lits, comme cela existe encore au 1er étage (Tableau 3) ; j'ai divisé ce dernier en 4 parties distinctes. Rien n'est plus facile d'ailleurs que d'aménager ces grands bâtiments qui ne présentent en somme que l'enveloppe extérieure d'un vaste édifice non encore complètement différencié. Cela montre en outre qu'il est possible d'améliorer des locaux, quand leur défaut est d'être trop simples. Les avantages de cette disposition nouvelle sont nombreux. Les dortoirs étant plus petits, les malades sont mieux classées. Il est à noter que les 2 dortoirs communiquent largement entre eux par une porte à 2 battants, ce qui facilite la surveillance. La salle de bains n'est séparée du dortoir que par une cloison de bois à hauteur d'appui, qui présente un avantage du même ordre. La salle de bains se trouvant en quelque sorte dans la salle de surveillance, il est facile d'y porter des malades qu'il faut baigner dans les cas d'hyperthermie et d'agitation ou en d'autres circonstances. Le personnel est de la sorte moins dérangé ; et la surveillance n'est pas un moment interrompue.

Les chambres servent à mettre les malades qui sont un peu turbulentes la nuit, les agonisantes, les sujets atteints d'affections peu contagieuses ou peu dangereuses (érésipèle de la face, grippes, etc.).

Le laboratoire clinique est par sa situation au cœur du service, dans le quartier qui reçoit les entrants et les malades les plus graves. C'est là un grand avantage. Je passe par là pour entrer dans mon service et c'est par là que j'en sors. Je suis ainsi sollicité à suivre les expériences en train, à regarder les préparations micrographiques achevées. Dès que j'ai fini ma visite, je suis dans mon laboratoire, qui est installé — comme je l'expliquerai plus loin — pour faire un examen clinique complet (physiologie des sensations, méthode graphique, etc.). J'ai toutes facilités pour y faire conduire les malades qui sont — les nouvelles notamment — à quelques mètres de mon laboratoire. De même je pénètre très souvent dans le quartier de l'infirmerie, que je surveille incessamment. Cette disposition des lieux est très importante ; et je suis convaincu qu'elle facilite extrêmement le travail en même temps qu'elle est très utile à la bonne surveillance des malades.

La salle de réunion est très grande ; il y aurait toute utilité à la partager en deux, de manière à grouper les malades en deux salles distinctes. Le réfectoire pourrait aussi être divisé. Les aliments sont apportés de la cuisine; il y aurait intérêt à ce que l'on pût faire dans le quartier la cuisine des malades alités.

Le premier étage (Tableau 3) se compose à gauche, de deux chambres d'isolement et d'un grand dortoir de 22 lits avec lavabos et, à droite, d'un grand dortoir de 26 lits avec lavabos. Dans le vestibule sont deux chambres d'infirmières. Il existe encore 2 chambres d'infirmières au 2e étage.

La disposition intérieure du 2e quartier, où sont placés les malades calmes et plus ou moins malpropres (idiotes, paralytiques, démentes), est à peu près semblable à celle du 1er quartier. Au rez-de-chaussée, il y a, annexées aux dortoirs, quatre chambres d'isolement, deux de chaque côté et pas de laboratoire. Ces deux dortoirs, qui servent pour les malades alitées dans la journée, sont respectivement de 10 et 8 lits. Le premier étage est semblable, sauf qu'il n'y a pas de chambres d'isolement et que les deux dortoirs ont 26 lits.

Le 3e quartier, qui ne contient que des épileptiques, est plus simple comme disposition. Il y a au rez-de-chaussée une chambre d'isolement, une cellule capitonnée pour les hystériques en état de crise et un dortoir de 22 lits. Le 1er étage est semblable à celui du 2e quartier.

Enfin le 4e quartier, qui sert aux malades agitées, se rapproche du 1er quartier, mais le laboratoire est là remplacé par 2 chambres. En outre 2 autres chambres ont été aménagées aux dépens de chaque grand dortoir du 1er étage. Ces chambres d'isolement, en tout semblables à des chambres d'infirmières, sont très utiles et remplacent des cellules, dont il n'est qu'un spécimen unique à parois capitonnées au rez-de-chaussée, pour les malades très agitées.

On fait en ce moment l'essai des parquets enduits de paraffine, où les fentes ne sont plus apparentes, qui sont plus propres et plus faciles à entretenir, et de la peinture au ripolin plus durable et plus propre que la peinture ordinaire.

L'éclairage est obtenu au gaz par le moyen de becs à incandescence. Le chauffage est obtenu par un calorifère à air chaud qui débouche dans les salles à la partie inférieure des parois, tandis que l'air vicié s'échappe par d'autres bouches situées au bas des murs et dans le plafond.

Les lavabos sont à eau froide et courante ; et l'on va placer des bidets à eau courante.

L'eau potable est prise dans la Seine avant l'entrée à Paris, est filtrée en grande masse avant sa distribution à l'asile et refiltrée dans chaque quartier.

Les vidanges se font par le tout à l'égout. Les résidus vont se déverser dans un collecteur du système parisien.

Le mobilier est des plus simples. Les lits sont en fer, avec sommiers métalliques à ressorts. Les couvertures sont en laine et en coton blanc et il y a des édredons de plume en hiver. Les tables de nuit sont en bois.

Les gâteuses ont des lits spéciaux, avec réservoirs médians, le matelas est divisé en 3 parties, dont l'une (celle du milieu) est en paille et les 2 autres sont en laine ; les montants latéraux sont mobiles et à barreaux.

J'ai fait construire pour les malades agitées des lits dont les montants ne dépassent pas le matelas ; et j'ai demandé la construction de lits très bas pour épileptiques et de lits à cadres de bois capitonnés pour les hystériques en attaques.

Les chaises sont en hêtre paillées et les tables de la salle de réunion en chêne.

Les fenêtres n'ont pas de rideaux ; et il n'y a pas de tapis sur le parquet.

Les robes des malades sont en hiver de laine bleue, et en été de coton bleu et blanc. J'ai obtenu que l'on fournisse des flanelles aux malades qui ont l'habitude d'en porter.

Les aliments sont cuits à la cuisine générale de l'établissement. Il existe dans chaque infirmerie le moyen de préparer certains plats pour quelques malades alitées ou ayant un régime spécial.

(Voir le menu d'une semaine dans le tableau ci-dessous du régime alimentaire du 18 juillet au 24 juillet 1899.)

Je n'ai, comme aide médical, qu'un seul interne. Mais mon service est fréquenté par divers spécialistes, qui sont mes collaborateurs dans mes recherches scientifiques.

Le personnel de surveillance se compose d'une surveillante en chef, de 5 sous-surveillantes — une pour chaque quartier et un remplaçant, — de 23 infirmières de jour, soit 1 par 16 malades, et de 9 veilleuses. Ce personnel est insuffisant.

Régime intérieur. — Dans le 1er quartier, se trouvent les malades tranquilles et propres; dans le 2e, les malades tranquilles et malpropres (paralysées, gâteuses); dans le 4e sont des malades agitées et dans le 3e des épileptiques. Ce dernier quartier étant à part, il reste en fait 3 quartiers de classement. Au rez-de-chaussée de chacun d'eux se trouve un dortoir pour les malades alitées dans la journée ; ces dortoirs s'appellent communément *Infirmeries* ; mais il est plus exact de les dénommer salles de surveillance continue.

Régime alimentaire du 18 juillet au 24 juillet 1899.

	1er REPAS	2e REPAS	3e REPAS
Dimanche.	Soupe oseille.	Pâté de foie gras. Pommes lard.	Soupe grasse. Bœuf miroton. Confitures.
Lundi.....	Soupe purée.	Bœuf mode. Lentilles.	Soupe grasse. Bœuf vinaigrette. Pruneaux.
Mardi.....	Soupe oseille.	Bœuf jus. Salade.	Soupe purée. Bœuf mode. Fromages divers.
Mercredi..	Soupe choux.	Bœuf mode. Choux de Bruxelles	Soupe grasse. Bœuf miroton. Confitures.
Jeudi.....	Soupe lentilles.	Bœuf oignons. Riz au lait.	Soupe purée. Bœuf jus. Fruits frais.
Vendredi..	Soupe oseille.	Bœuf Bourguignon. Pommes purée.	Soupe grasse. Bœuf miroton. Fromage Comté.
Samedi....	Soupe choux.	Veau rôti. Oseille fraîche.	Soupe purée. Bœuf mode. Fruits frais.

Voici ce que doit recevoir chaque malade pour son allocation journalière :

Allocations journalières d'un malade dans les asiles de la Seine.

ARTICLES DE CONSOMMATION	ALLOCATIONS HOMMES	ALLOCATIONS FEMMES	OBSERVATIONS
Pain	0 k. 700 gr.	0 k. 600 gr.	Ration journalière.
Viande crue avec les os (1)	0 k. 360 gr.	0 k. 300 gr.	Ration journalière.
Poisson frais, morue, charcuterie, triperie (*en remplacement de rations de viande*).	»	»	Pour un plat porté sur le menu. Les allocations pour cette nature de denrées sont les mêmes que pour la viande. Toutefois, elles sont augmentées ou diminuées de façon que le prix de la ration ne soit jamais supérieur au prix de la ration de viande qu'elle remplace.
Légumes de saison (crus)	0 k. 300 gr.	0 k. 240 gr.	
Légumes secs	0 k. 100 gr.	0 k. 080 gr.	
Sardines	0 k. 060 gr.	0 k. 060 gr.	A l'huile.
Lait	25 centil.	25 centil.	
Macaroni	70 gr.	70 gr.	Cru.
Riz	40 gr.	40 gr.	Cru.
Fromages divers	40 gr.	40 gr.	
Fruits frais	200 gr.	2 0 gr.	
Fruits secs	100 gr.	100 gr.	Noix, noisettes, raisin, amandes, etc.
Confitures	60 gr.	60 gr.	
Potage gras	36 centil.	36 centil.	Dans les 36 centilitres il entre *25 grammes* de tapioca, semoule, pâte, etc.
Soupe grasse	36 centil.	36 centil.	Bouill. et pain tout compris.
Soupe maigre	72 centil.	72 centil.	
Chocolat	21 gr.	21 gr.	
Café	15 gr.	15 gr.	
Sucre	30 gr.	30 gr.	
Vin	20 centil.	16 centil.	Ration journalière.
Tabac à fumer	10 gr. p. jour	10 gr. p. jour	
— à priser	10 gr. —	10 gr. —	

(1) Le déchet provenant du désossement et de la cuisson de la viande peut être évalue ainsi :

	DÉSOSSEMENT	CUISSON
	30 à 35 °/.	10 °/.
Pour le bœuf (les quatre quartiers de la même bête : deux épaules et deux cuissots)	40 à 45 °/.	
Pour le veau (dont quelques parties encore tendres ou gélatineuses peuvent être consommées)	35 à 40 °/.	
Pour le mouton (dont toute la poitrine est servie en ragoût et dont l'ossature est plus fine)	30 à 35 °/.	

Si l'on considère, plus spécialement pour le bœuf que la viande désossée contient encore des nerfs, des muscles, on peut dire que sur 100 kilogrammes de bœuf il n'y a guère que 50 kilogrammes de parties alimentaires.

La salle de surveillance du 1er quartier est réservée aux malades atteintes d'affections intercurrentes, de malades affaiblies et de mélancoliques à idées de suicide.

Dans la salle de surveillance des gâteuses sont les idiotes, les démentes, les paralytiques générales, et généralement toutes les malades qui ont des habitudes de malpropreté.

Enfin la salle de surveillance des agitées comprend des maniaques, des mélancoliques anxieuses et généralement toutes les malades qui sont dans un état d'excitation.

Ce classement général est nécessairement révocable à tout instant : et telle malade qui est dans un dortoir ordinaire, peut, à l'occasion d'un incident (affection aiguë, crise d'agitation, etc.), entrer dans l'une des salles de surveillance ; de même elle en sort dès qu'elle est suffisamment améliorée.

Voilà donc la population à soigner et les lieux où les placer. Il faut étendre à toutes une surveillance médicale suffisante et réserver à quelques-unes seulement, à celles qui, par leur état ou par les caractères de leur maladie, présentent un intérêt particulier, une observation plus minutieuse. Les premières malades sont placées dans une des salles de surveillance et les autres dans les dortoirs communs des 3 quartiers.

Le nombre des malades entrantes a été, durant l'année 1898, de 315, ce qui, ajouté aux 385 malades existant au commencement de l'année, porte à 700 le nombre des aliénées traitées qu'il a fallu examiner et soigner. Ce nombre est beaucoup trop élevé pour un seul médecin.

A son arrivée dans le service, la malade est classée provisoirement par l'interne de garde, dans une des 3 salles de surveillance suivant son état de calme ou d'agitation et ses habitudes de propreté ou de malpropreté.

Il y a donc en fait trois salles d'entrée où la surveillance est la même. Dans chacune des salles, 3 lits sont réservés aux entrantes. Ils sont placés à l'entrée du premier dortoir à gauche, en un endroit où la surveillance est la mieux faite, et par où commence la visite.

On lui donne un bain dans la salle de surveillance même, à moins que l'état physique, constaté par l'interne, ne le permette pas. Après quoi on la couche. La température est prise matin et soir, avant le repas. Quelquefois les troubles mentaux sont en rapport avec des maladies fébriles que le thermomètre décèle.

Toutes les malades sont tenues couchées en moyenne pendant 3 jours, sauf certaines personnes atteintes de délires systématisés sans troubles physiques apparents et qui refusent de rester au

lit. Mais c'est chose rare. Le plus souvent les malades, surtout les agitées et les mélancoliques, restent volontiers couchées ; et les malades lucides éprouvent même quelque plaisir à se reposer. J'ai fixé une moyenne de 3 jours, pour avoir 3 températures matinales et 3 températures vespérales, qui donnent des indications suffisantes. Une seule température pourrait en effet induire en erreur.

Un autre avantage de l'alitement des entrantes, c'est qu'il facilite l'examen physique : on se trouve à ce point de vue dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital. Enfin les malades placées sous la surveillance constante de l'infirmière sont mieux observées. On sait ainsi si elles sont calmes, déprimées ou agitées ; on se rend compte si elles parlent seules, trahissant ainsi leurs hallucinations et leurs délires, si elles mangent suffisamment et comment elles mangent, etc. Après 3 jours, les malades qui sont maintenues alitées sont réparties dans d'autres lits et parfois dans d'autres dortoirs.

Le lendemain de son entrée, la malade est pesée à jeun, après miction ; et le linge qui la recouvre est déduit du poids. La plupart des malades, surtout les mélancoliques, arrivent dans un état d'amaigrissement profond qu'il faut connaître, afin de le combattre par une alimentation appropriée. En même temps que la malade est pesée, elle est toisée. Il est, en effet, indispensable de rapporter le poids à la taille. En cas de décès et d'autopsie, ce renseignement est très important pour apprécier les variations du poids des organes.

Le poids est ensuite pris tous les huit jours dans les salles de surveillance, tous les mois dans les autres dortoirs et même tous les jours, dans le cas de sitiophobie.

Les malades sont réveillées à 6 heures en été et en hiver. La plupart ne désirent pas se lever plus tard. Quelques-unes, âgées ou débiles, sont placées dans un dortoir du 1er quartier où le réveil a lieu une heure plus tard. Celles qui ont besoin de dormir plus longtemps sont dans les salles de surveillance, et l'heure y est fixée individuellement pour chacune. Je suis opposé à toute règle uniforme pour le lever des malades, qui n'ont pas toutes les mêmes besoins.

Le coucher a lieu à 8 heures en hiver et à 8 heures 1/2 en été. Dans le dortoir spécial du 1er quartier, où le lever a lieu plus tard qu'ailleurs, le coucher se fait aussi plus tôt. Quelques malades sont autorisées à veiller jusqu'à 10 heures sous la surveillance des gardiennes ; les unes et les autres travaillent à des travaux de couture, causent, lisent ou jouent à des jeux silencieux.

La nuit une veilleuse se tient dans chaque dortoir de rez-de-chaussée, c'est-à-dire dans chaque infirmerie, et dans chaque vestibule situé au 1er étage entre les 2 grands dortoirs. Les portes qui font communiquer les dortoirs avec les W.-C. sont toujours ouvertes, de telle sorte que les malades vont sans difficulté aux cabinets. Par contre, il n'y a pas de vases de nuit dans les dortoirs ; je les ai tous supprimés depuis deux ans, et les malades ne se sont jamais plaintes. L'odeur de l'urine conservée pendant toute la nuit dans un dortoir toujours plus ou moins encombré, vicie l'atmosphère et pourrit les tables de nuit dont le bois à la longue a une odeur infecte. Avant de se coucher, les malades vont aux W.-C. Les plus invalides demandent le bassin que la veilleuse leur donne, ainsi qu'aux gâteuses. Lorsque les portes d'un dortoir doivent être closes pendant un soir, des seaux hygiéniques fermés sont placés dans les lavabos, et la veilleuse de ronde vient les vider d'heure en heure.

Le petit déjeuner a lieu à 7 heures ; le déjeuner à 11 heures, et le dîner à 5 heures 1/2. Il y aurait avantage à ce que le repas du soir fût retardé d'une heure, pour se rapprocher des conditions de la vie extérieure. C'est le régime commun de l'asile, dont nous avons donné plus haut les spécimens de menus qui est distribué généralement à toutes les assistées. Les malades placées dans des salles de surveillance ont une nourriture spéciale préparée à la cuisine commune.

Toutes les malades sont actuellement privées de vin, qui est contre-indiqué dans la plupart sinon dans tous les états névropathiques et particulièrement chez les alcooliques, les convulsifs et les excités. Les boissons alcooliques sont des aliments de valeur incertaine, mais par contre, elles sont des excitants du système nerveux et produisent consécutivement des périodes de dépression, qu'une bonne thérapeutique ne doit pas rechercher dans le traitement des pyschoses et notamment des états mélancoliques. Dans beaucoup de cas on relève dans les circonstances étiologiques quelques excès alcooliques même lorsque l'alcool n'est pas le facteur principal du trouble mental. Il est évident que ces excès seront commis d'autant plus facilement que les sujets feront déjà usage d'alcool qui est la pierre de touche de la prédisposition vésanique. Il est donc sage de favoriser chez tous les névropathes les habitudes et les goûts en opposition avec ces tendances morbides.

L'inconvénient le plus grave à mes yeux des boissons alcooliques, et notamment du vin, c'est que, même à faible dose, il retarde la digestion, empâte la bouche, cause des céphalées et fa-

vorise finalement les phénomènes d'auto-intoxication. Ces effets sont plus apparents chez certaines personnes, mais chez toutes le vin tend à ralentir et entraver la digestion, tandis que l'eau a des effets contraires.

S'il est prudent de laisser généralement toutes les aliénées et convulsives au régime de l'eau, il ne faut cependant pas être trop rigoureux dans l'application de ce principe et dans certains cas le vin peut être donné chez ceux qui le tolèrent. La boisson la plus convenable à substituer au vin est le lait à la dose de 50 centilitres par jour ; mais il est préférable de ne s'en servir que comme une boisson de transition pour en arriver à une boisson plus naturelle, la meilleure, qui est l'eau. Le lait a l'inconvénient d'être une cause de suralimentation, ce qui peut être nuisible ; en outre, il est quelquefois mal digéré. Enfin, il est plus facile d'avoir de l'eau saine que du lait sain, surtout à cause de la teneur du premier en matières organiques.

Les travaux sont organisés dans les quartiers et dans les ateliers généraux. Dans les quartiers, les malades sont employées aux soins du ménage et à la couture ; et dans les ateliers au blanchissage, au repassage, aux travaux de lingerie.

Le pécule varie de 0 fr. 10 à 0,30 par jour, selon le travail produit. Il n'y a pas de distribution supplémentaire de vin.

Certaines malades convalescentes, bien portantes et sérieuses aident les veilleuses dans leur surveillance. Elles se tiennent mutuellement compagnie ; et en cas de crise épileptique ou d'agitation violente, ces malades sont très utiles. La plupart de celles-ci font un excellent service. Elles ont un pécule élevé, du café au repas du soir, et un supplément de nourriture. En les faisant peser périodiquement, je me rends compte si elles supportent bien le travail nocturne. Je ne choisis d'ailleurs que des malades robustes. La plupart restent à l'asile parce qu'elles ont peur de ne pas trouver du travail au dehors. Quand elles sont mariées ou ont des parents immédiats qui s'intéresent à elles, je préviens les maris du travail que j'ai l'intention de leur faire faire, avec leur consentement. Je me suis trouvé très bien jusqu'à ce jour de cette pratique qui est une forme d'assistance par le travail et économise les frais qu'occasionnerait un personnel de veilleuses complet.

J'envoie d'habitude presque toutes les lettres écrites par les malades, sauf lorsqu'elles sont absolument incohérentes ou qu'elles sont adressées par des mineures ou des femmes mariées à des amants, lorsqu'elles sont injurieuses à des tiers ou pourraient leur nuire. Les lettres que je reçois pour les malades sont remises

cachetées par le Chef de quartier à ces dernières. Elles doivent être décachetées en présence de la sous-surveillante, qui s'assure ainsi qu'il n'y a pas d'argent ou de mandat-poste, auquel cas l'argent ou les pièces sont remises à l'économat pour être portés au compte de la malade.

Mais je lis, ou je fais lire par la surveillante les lettres reçues par les jeunes filles mineures ou celles adressées à d'autres malades, si je suppose que la lecture peut leur être nuisible ou les pousser à des actes défendus ou blâmables. En agissant ainsi, j'accorde les plus grandes libertés possibles compatibles avec l'état de minorité légale des malades. Ces dernières sont sensibles à ces procédés et notamment à pouvoir décacheter elles-mêmes leurs lettres.

Les visites des malades ont lieu le jeudi et le dimanche de 1 à 3 heures. Tous les matins, et particulièrement le lundi et le vendredi, je reçois les parents des malades et j'autorise les visites qui me sont demandées.

En outre, quand l'état est grave ou pour des raisons de travail du parent, les visites ont lieu n'importe quel jour et à toute heure. Je suspends quelquefois les visites, par exemple lorsque les visiteurs ont apporté des objets dangeureux ou des boissons alcooliques aux malades, ou bien lorsque la malade se refuse à voir ses visiteurs ou encore devient après la visite plus excitée ou plus mélancolique ; mais encore dans ces derniers cas, je cherche à me rendre compte exactement de l'effet de la visite, en faisant prendre note par la surveillante du dortoir et la sous-surveillante du quartier, des modifications de l'état mental survenues après la visite, et en interrogeant le malade sur ce sujet.

Mon opinion là-dessus est qu'il est mauvais de trop restreindre les visites. L'isolement complet du milieu familial est quelquefois inutile et même dangereux. On peut presque toujours montrer les malades aux visiteurs pendant un temps très limité. C'est en partie à la restriction des visites qu'est due, surtout dans les établissements privés à l'égard desquels la malignité est vite éveillée, la mauvaise réputation des maisons d'aliénés où les malades passent pour être mises au secret afin d'empêcher leurs réclamations.

Pour prévenir les réclamations, je fais remettre par les visiteurs à leurs malades en présence de la surveillante du parloir, les friandises qui sont autorisées. De la sorte les malades ne se plaignent pas qu'on ne leur a pas donné des paquets qui leur étaient destinés.

Les distractions aux aliénés comprennent plusieurs éléments.

La ration de tabac à priser est de 10 grammes par jour. Il y aurait avantage à diminuer cette dose ; mais beaucoup de malades trouvent une très grande jouissance à priser, et on hésite à les priver de ce plaisir, qui n'est pourtant pas sans inconvénients.

Je fais faire tous les jours des promenades, soit dans le chemin de ronde de l'asile, soit dans l'asile, dans la campagne environnante. A cet effet, je désigne individuellement chaque malade comme pouvant prendre part à la promenade du dedans ou du dehors. J'ai l'habitude de signer un bon qui reste dans le dossier de la malade, pour qu'il n'y ait pas de malentendu possible dont les conséquences, en cas d'erreur, pourraient être fâcheuses. Toute malade ainsi désigné peut être retenue au dernier moment si j'en ai donné l'ordre à la visite du matin ou si son état s'est modifié et que la sous-surveillante le juge ainsi.

Le nombre des malades pour l'infirmière est fixée à 10 pour les promenades intérieures et à 6 pour les promenades extérieures. Pour ne pas compromettre le service des quartiers il n'y a pas plus de 4 infirmières disponibles pour ces promenades. Un roulement est donc établi pour permettre à toutes les malades autorisées à prendre part aux promenades. Les sorties ont lieu tous les jours, sauf le dimanche, dans l'asile, de midi à 1 heure en hiver, et de 6 à 7 heures en été. Les premières durent 1 heure et les secondes 1 heure 1/2.

Les malades agitées prennent part aussi à des promenades spéciales dans l'asile. J'ai remarqué qu'il était préférable d'en mettre un certain nombre ensemble ; groupées, elles se tiennent mieux que trop peu nombreuses. Toutes les malades traitées par le séjour au lit suivent ces promenades d'après une méthode que j'ai le premier appliqué systématiquement en France. Cette combinaison du lit et de la promenade me paraît excellente. Les promenades empêchent l'anémie de l'alitement et surtout les tendances à la syncope que l'on rencontre après un repos prolongé, et en même temps, elles combattent l'agitation, ainsi que l'on peut s'en rendre compte dans les asiles écossais.

L'asile n'ayant pas d'église, un certain nombre de malades autorisées sont accompagnées à la messe le dimanche matin. Cet exercice, qui est considéré par beaucoup de malades comme une distraction, se fait dans les règles exposées plus haut.

Des jeux variés sont mis à la disposition des malades dans les quartiers : des cartes, des lotos, des damiers, des dominos à l'intérieur, et aussi des jeux de grâces et de croquet pour servir dans la cour, quand le temps le permet.

Deux fois par semaine, le jeudi et le dimanche de 3 heures à 5

heures, il y a bal au théâtre. Une des malades joue du piano ; et les autres dansent entre elles. On n'a pas encore envisagé le mélange des hommes et des femmes.

Enfin, deux fois par an, le jour de la mi-carême et le 14 juillet, jour de la fête nationale, il y a un spectacle-concert donné par des artistes du dehors et qui est suivi d'un bal à grand orchestre. Un certain nombre de malades sont costumées. C'est même cette partie de la fête qui cause la distraction la plus agréable et la plus prolongée, parce qu'elle met en activité la coquetterie de la femme pendant plusieurs jours avant la fête.

J'accorde souvent des congés d'essais aux malades calmes et inoffensives. Et cette mesure pourrait s'étendre à un plus grand nombre de personnes si les parents recevaient une indemnité pendant le séjour de la malade chez eux. Beaucoup, en effet, sont trop pauvres pour suffire à la petite dépense occasionnée par cette dernière,; et le système anglo-écossais qui permet les congés avec indemnité paraît excellent et surtout démocratique.

Toute malade qui demande à me parler doit m'être présentée. Si elle désire sa sortie et que son état paraisse justifier cette réclamation, ou encore si je suis saisi d'une demande à cet effet d'un parent ou d'un ami, je la fais passer au 1er quartier pour être observée spécialement. Toutefois, lorsqu'il s'agit de placement volontaire, je signe immédiatement le certificat aux fins de sortie. Pour les autres cas, — et sauf urgence — j'attends quelques jours et je réponds aux parents que j'observe spécialement la malade. La sous-surveillante écrit des notes quotidiennes sur celle-ci, qui m'est présentée tous les matins à la visite. De la sorte je signe la sortie en toute connaissance de cause. Il m'est arrivé quelquefois de renoncer à des sorties que j'avais l'intention de signer après une observation de quelques jours opérée dans ces conditions. Toutes les malades passent donc en entrant dans une des trois salles de surveillance, et toutes, sauf urgence, passent à leur sortie, dans la salle de surveillance du 1er quartier, qui est l'antichambre de la sortie.

Dès qu'une malade est en agonie, on la place dans une chambre d'isolement, pour épargner ce spectacle aux autres malades ; la sous-surveillante remplit une feuille spéciale. Dès qu'elle est morte, l'interne de garde appelé constate les signes de la mort en suivant les indications portées sur une feuille. On pèse le corps avant de le transporter dans la salle des morts située près de l'amphithéâtre. Là l'on prend la température avec un thermographe qui enregistre la température. L'autopsie doit être faite

24 heures après la mort, sauf opposition. La personne qui la fait remplit une feuille.

L'observation écrite de la malade est rédigée par plusieurs personnes : par la malade elle-même, par la famille, par les surveillantes et par le médecin.

Dès le lendemain de son entrée, on présente à la nouvelle malade un questionnaire, *fiche de renseignements* (1), qu'elle remplit sans conseils de personne, placée dans un cabinet sous la surveillance d'une gardienne. Ce questionnaire, rédigé par la malade elle-même, apprend une foule de choses sur l'état d'agitation, d'incohérence ou de lucidité Il en est qui font des réponses confuses, d'autres lucides, d'autres laissent percer leur délire, il en est enfin qui ne veulent pas écrire ou sont dans un état d'agitation à ne pas pouvoir le faire. Ce questionnaire fournit en même temps un spécimen de l'écriture. Plus tard, lorsque le même questionnaire a été rédigé par la malade dans un état différent, la comparaison donne des renseignements sur l'amélioration ou l'aggravation des troubles mentaux.

Dans quelques cas, je donne à remplir aux malades des questionnaires beaucoup plus détaillés et analogues à celui que j'envoie aux parents des malades et qui sont les *feuilles de renseignements*. Ces derniers les remplissent aidés par une gardienne habituée à ce travail. Ordinairement, j'envoie le même questionnaire à plusieurs personnes de la famille et surtout aux maris, afin de compléter les renseignements donnés par les diverses personnes. Les réponses se contrôlent ainsi. Quand les parents sont incapables de remplir seuls ce questionnaire, on les y aide au cours d'une visite qu'ils font à leur malade.

Toute une série d'observations sont recueillies par la surveillante et la veilleuse. C'est ainsi que, chaque malade entrante a, au moins durant les 15 premiers jours et pendant le temps qu'elle reste ou qu'elle redevient attachée à une salle de surveillance une *feuille dite de surveillance*. Tous les incidents qui ont frappé la surveillante sont marqués sur la feuille. Il en est qui sont sans valeur, d'autres ont une réelle importance; car, mes surveillantes observent à leur manière les malades et font souvent des remarques curieuses. Outre cette feuille de surveillance, il existe pour chaque malade une feuille de poids, où l'on inscrit les variations mensuelles, hebdomadaires ou journalières, selon le cas. Les mélancoliques sont pesées chaque jour et l'on note aussi la quantité en lait et en œufs qu'elles mangent tous les jours.

(1) Dans un autre article je reproduirai cette *fiche de renseignements* et d'autres formules que j'indique brièvement ici.

Il existe aussi une feuille de périodes menstruelles, où l'on voit tout de suite si la femme est réglée tous les mois et si les menstrues sont régulières ou non, avançantes ou retardantes.

On prend la température de chaque malade à son entrée ; et on la marque sur la *feuille d'observation graphique*, qui sert aussi à l'enregistrement des autres phénomènes (pouls, respiration, état de calme ou d'agitation, alimentation, etc.)

Dans certains cas j'emploie des *feuilles de surveillance horaire* qui indiquent l'état d'agitation, de calme, de sommeil, noté heure par heure.

Toutes ces feuilles et d'autres qu'il serait trop long de décrire ici, sont établies minutieusement par les surveillantes. Elles donnent de nombreux renseignements. Outre toutes ces observations venant de 3 origines différentes et dont aucune ne se confond avec l'autre, il y a l'observation rédigée par le médecin sur la *feuille d'examen* qui coordonne, rectifie et complète les autres.

Il est bon de noter que ces feuilles sont faites au jour le jour au bureau de la surveillante, elles ne demandent aucune peine au médecin et facilitent singulièrement sa tâche. La rédaction de toutes ces feuilles force les surveillantes et les infirmières à observer les malades et élève leur rôle.

Il est curieux de noter combien des intelligences peu cultivées apprennent facilement des besognes pour lesquelles rien ne les avait préparées. Toutes mes surveillantes font des graphiques. J'ai une infirmière de laboratoire qui connaît la technique micrographique ; et ma surveillante en chef fait des diagrammes et des statistiques que des employés de grande administration auraient parfois quelque difficulté à concevoir et exécuter.

Il me faudrait la matière d'un grand article que j'écrirai ici un jour pour expliquer les divers moyens d'investigation dont je me sers pour l'examen des malades. Le but que je recherche est le remplacement par des mesures numériques des simples impressions subjectives qui forment une part importante de l'observation médicale. La sélection ou l'invention de méthodes pratiques, exactes pour la mesure des diverses sensibilités (tact, vision, audition, goût, odorat) et surtout des facultés intellectuelles est à mon sens le but que doit se proposer le médecin et surtout le médecin aliéniste. A ce point de vue, la méthode des *mental tests* d'importation américaine me paraît devoir apporter un grand progrès à notre appréciation de l'état mental des aliénés.

Les malades des infirmeries sont visitées avec plus de soin que les autres malades. Si l'on voulait faire une visite portant chaque

jour également sur les trois infirmeries, on n'accorderait des soins suffisants à aucune malade en particulier. Là, encore, il faut une organisation méthodique. Chaque jour est consacré à la visite approfondie d'une infirmerie, les autres étant inspectées sommairement.

Si l'on veut faire une besogne utile, il faut arriver dans la salle et en partir à heure fixe quel que soit l'intérêt scientifique que présente l'examen d'une malade. Sans cela, on ne peut accorder ni le temps ni surtout l'attention nécessaires aux autres malades.

C'est le matin à la visite de la salle que le médecin prend connaissance à chaque lit de l'observation rédigée pendant la journée de la veille par la surveillante du quartier et par la veilleuse pendant la nuit précédente. En outre, il suit les observations graphiques.

Le mieux est que le médecin dicte les notes cliniques à l'interne. A cet effet, toutes les observations des malades de la salle visitée sont portées par un aide qui accompagne les médecins. Elles sont rangées dans l'ordre des lits visités, qui eux-mêmes sont numérotés, afin que le médecin n'attende pas plus de quelques secondes pour avoir le dossier de la malade dont il désire compléter l'observation clinique.

Dans le même but, j'ai fait construire une boîte à compartiments qui contient la plupart des instruments nécessaires à l'examen d'un malade : marteau pour les réflexes, pupillomètre, dynamomètre, laines colorées pour les yeux, lunettes avec verres de couleur, loupe, lampe à essence pour éclairer la gorge, compas d'épaisseur et mètre flexible, phonendoscope et stéthoscope, sphygmomètre, flacon contenant des solutions pour les odeurs et le goût, esthésiomètre, thermomètre local et thermo-esthésiomètre, spéculum de l'oreille et du nez, etc., thermomètre à la minute, etc. Tous ces instruments ont leur place marquée et se retrouvent immédiatement. Que d'observations, de faits intéressants, se perdent, au cours d'une visite, parce que le médecin n'a pas sous la main l'instrument nécessaire à sa vérification. Bien entendu, l'observation est complétée dans la salle d'examen.

Le traitement ne comporte ni restraint, ni isolement prolongés.

Lorsque les malades déchirent leurs robes ou se déshabillent sans cesse, on leur met un vêtement analogue à ce que les anglais appellent une *combinaison*. C'est un corsage se fermant par derrière et faisant corps avec un pantalon ouvert entre les jambes pour les besoins naturels. L'étoffe est en toile forte ; et les fermetures sont avec des boutons à clefs. Par-dessus cette espèce de maillot, semblable à ceux employés par M. Magnan, on met

une jupe en toile forte, qui masque la raie du pantalon. Pour les malades agitées, comme aussi pour les mélancoliques ayant des tendances au suicide, on se sert de vêtements, robes, jupons, tabliers, dont les cordons sont remplacés par des boutonnières. Dans certains cas exceptionnels, par exemple quand la malade a des impulsions à se mutiler, on coud le bout des manches du maillot qui sont longues à cet effet, sur la couture du pantalon, au-dessus du genou, de manière à permettre des mouvements sans que la main soit libre. Mais on ne recourt à ce moyen que lorsque l'isolement de la malade mise dans une chambre garnie d'un matelas ou de paille ne réussit pas.

Tous les isolements et restraints, leur durée et le motif sont portés sur un carnet spécial semblable à ceux imposés par les lois anglo-écossaises aux médecins des asiles. L'isolement n'est mentionné que s'il a été pratiqué dans une chambre dont la porte a été fermée. Il est évident en effet que le coucher d'une malade dans une chambre dont la porte est ouverte ne constitue pas un isolement forcé. De même le restraint n'est mentionné que lorsque les manches du maillot sont cousues.

C'est le médecin ou l'interne, ou, en cas d'urgence, la sous-surveillante du quartier, qui ordonne l'isolement ou le restraint ; mais il faut porter le motif. Et cette seule considération empêche les abus. C'est ainsi qu'on ne peut isoler les malades pour les punir d'une mauvaise réponse.

Lorsque j'ai pris possession de mon service, en juillet 1897, il n'y avait dans les 4 quartiers composant mon service aucune cellule, ni chambre d'isolement. J'ai dû, et mon personnel avec moi, me passer de ce moyen de se débarrasser des malades agitées. J'avais, il est vrai, la possibilité d'envoyer ces malades dans la section de mon collègue qui était pourvue de cellules : mais je ne l'ai fait qu'exceptionnellement. Les infirmières se sont ainsi déshabituées à se servir de la cellule.

Le traitement par le lit des malades agitées est employé dans des conditions où les effets peuvent être suivis quotidiennement.

Les bains prolongés durant 1 ou 3 heures sont employés journellement. Les malades sont baignées près des salles de surveillance. On note l'état d'agitation ou de calme de la malade avant le bain et son état après le bain et si elle a bien dormi dans la nuit suivante. Ces indications sont portées sur des feuilles spéciales à chaque malade. De la sorte on se rend compte si le bain a eu un bon effet, si la durée a été suffisante ou non. Tous les matins la sous-surveillante désigne sur son rapport les malades les plus

agitées. Avant de prescrire le bain, je consulte la feuille et je vois si ce moyen réussit et dans quelles conditions.

D'une façon générale tous les traitements sont employés dans des conditions où la mesure des phénomènes peut se faire.

LIVRES REÇUS

G. Carrier. — *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal.* Thèse Paris. Félix Alcan et Bureaux du *Progrès médical*.

M. Gaumerais. — *Etude du Tic douloureux de la face. Son origine dentaire.* Thèse Paris. Jouve et Royer.

M. Ducosté. — *De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques. Le suicide impulsif conscient.* Thèse Bordeaux. Gounouilhou, 11, rue Giraude.

Pietro Bodoni. — *Dell' azione sedativa del bleu di metilene in varie forme di psicosi.* (Dalle Clinica della R. Universita di Genova diretta dal Prof. C. Morselli.) Brochure. Milan.

P. Bonnier. — *Un procédé simple d'acoumétrie* (extrait des *Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et Rhinologie.* (Maloine, éditeur.)

— *Schéma des voies labyrinthiques.*

— *Remarques sur la phonation.*

Allison. — *Medico-legal Notes* (from *American Journal of Insanity*).

— *Insanity and homicide.*

— *Provision for the Criminal Insane.*

— *Thirty-ninth annual Report of the medical superintendent of the Matteawan State Hospital for the year ending Septembre* 34, 1896.

Andre Riche. — *L'Ataxie des Tabétiques et son traitement.* Thèse avec 9 planches et 5 figures. Paris. Baillière.

André Antheaume et Paul Sainton. — *Sur le traitement du délire alcoolique toxi-infectieux (delirium tremens avec fièvre par les bains froids.*

Edmund Sanford. — *A course in experimental Psychology. — Part I: Sensation and Perception*, 1 vol. in-18, 450 pages. Heat and C°, publishers.

Marcel Natier. — *Epistaxis spontanees à répétition*. Travail de l'Institut de Laryngologie et Orthophonie, extrait de *La Parole*, n° 8. 1899. Paris. 6, rue Antoine-Dubois.

Joseph Reinach. — *Rapport sur les cas de cinq detenus des iles du Salut (Ile royale)*. Presenté au Comité de la Ligue Française pour la défense des droits de l'homme et du citoyen, et adopté à l'unanimité. Brochure, Paris Stock, éditeur.

Paul Bertscq. — *La lutte contre la phthisie. — Fumées et poussières de Paris, spécialement dans le IX° arrondissement.* Conférence de la Société medicale du IX° arrondissement faite le 29 mai 1899. Imprimerie Daix, Clermont (Oise). Broch. 1 franc.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 7, place Saint-André.

NEUROLOGIE

—

ROLE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE EN GÉNÉRAL

(*Suite.*)

Par Jules Soury,
Directeur d'Etudes à l'Ecole des Hautes Etudes.

Les recherches de Van Gehuchten établissent qu'au niveau du ganglion basal du cerveau de la salamandre (1), la paroi de la vésicule hémisphérique est constituée de deux couches : 1° une couche interne ou *couche granuleuse* ; 2° une couche externe ou *couche moléculaire*.

1. — La couche interne est formée de deux espèces de cellules : les cellules épendymaires et les cellules nerveuses, les premières représentées par la rangée des corps cellulaires de ces éléments, immédiatement voisine de la cavité ventriculaire, et dont les prolongements, après avoir traversé toute l'épaisseur des couches granuleuse et moléculaire, se ramifient à la surface libre du télencéphale ; les secondes, les cellules nerveuses, volumineuses, généralement unipolaires, envoyant leur prolongement unique vers la couche moléculaire, où de ses divisions et subdivisions naissent un grand nombre de prolongements protoplasmiques qui, sur une très grande distance, s'étendent à travers toute la couche moléculaire. Ces prolongements protoplasmiques sont, à l'exception du tronçon immédiatement voisin du corps cellulaire, pourvus, sur toute leur longueur, de petites épines terminées par un renflement en forme de bouton ou de perle. Décrites et figurées depuis longtemps par Ramon y Cajal (1891) sur les dendrites des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale des mammifères, contestées et rapportées par Kölliker à des productions artificielles dues à un dépôt irrégulier de chromate d'argent, l'illustre histologiste espagnol a naguère démontré (1896), à l'aide du bleu de méthylène, que ces épines et les boules qui les terminent existent bien en réalité à l'état normal sur toute la longueur des prolongements protoplasmiques des cellules de l'écorce. Van Gehuchten a rappelé, à ce propos, le travail de Mlle Stéfanowka *Sur les appendices des dendrites* (1897), qu'elle propose de dénommer *corpuscules piriformes*, et qu'elle croit susceptibles de s'allonger et de se rétracter consécutivement à certains états physiologiques et pathologiques des neurones : « Cette mobilité (des épines de Cajal) permettrait, dit-elle, de supposer que les alternatives d'adhérence parfaite et de défaut de contact entre les prolongements de divers neurones pourraient s'effectuer à l'aide de changements de place auxquels les corpuscules sont aptes. » On sait que M. Mathias Duval a, tout récemment (1897), pris texte de ces inférences pour produire de nouveau sa théorie histologique du sommeil. Sans parler des critiques de Lugaro (2), ou tout au moins des réserves de ce savant touchant les ob-

(1), *Le ganglion basal et la commissure habénulaire dans l'encéphale de la salamandre*, par A. Van Gehuchten. Bruxelles, 1897. Extr. des *Bulletins de l'Ac. roy. de Belgique*, t. XXXIV.

(2) *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1897, II, 263.

servations de Mlle Stéfanowska (1), observations et expériences d'ailleurs fort élégantes, il nous paraît très prématuré de les invoquer pour renouveler une théorie qui jusqu'ici n'a pour elle ni Kölliker (2), ni le moindre fait démontré.

Ainsi, par ce caractère morphologique de leurs prolongements protoplasmiques, les cellules du ganglion basal de la salamandre se rapprochent des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale des mammifères. Le prolongement cylindraxile de ces neurones né du tronc protoplasmique à une petite distance de la cellule d'origine, arrivé dans le faisceau basal, constitue une des fibres descendantes ou motrices de ce faisceau ; en se recourbant dans le faisceau basal, il émet une ou deux petites branches collatérales qui se ramifient dans la couche moléculaire.

II. — La couche externe, ou *moléculaire*, a une structure plus complexe que la couche granuleuse. On y distingue : 1° les prolongements périphériques des cellules épendymaires ; 2° les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses du ganglion basal ; 3° les fibres constitutives du faisceau basal ; 4° un entre-lacement de fibrilles nerveuses ; 5° une zone toute superficielle de fibres nerveuses.

Van Gehuchten a donné le nom de *faisceau basal* ou *faisceau pédonculaire* au faisceau compact de fibres nerveuses descendantes ou motrices qui *relie* le *cerveau antérieur* des vertébrés inférieurs aux *parties sous-jacentes du névraxe*, jusque dans la partie supérieure de la *moelle épinière*. « Ces fibres motrices représentent sans aucun doute, chez les batraciens, le *faisceau moteur pyramidal* ou *cérébro-spinal* des vertébrés supérieurs. On pourrait le désigner sous le nom de faisceau *strio-spinal*.» Mais la voie sensitive centrale forme aussi un élément constituant du faisceau basal. Les fibres sensitives ou ascendantes relient les masses grises sensitives inférieures aux cellules autonomes du télencéphale : ce sont à la fois des fibres *médullo-cérébrales, bulbo-cérébrales* et *ponto-cérébrales*. « L'ensemble de ces fibres sensitives représente, sans aucun doute, dans le névraxe des batraciens, la *voie sensitive centrale* des mammifères. On pourrait l'appeler le *faisceau médullo-bulbo-ponto-cérébral*. » En arrière du chiasma optique, le faisceau basal, en outre de ces fibres motrices et sensitives, semble formé de fibres qui pénètrent dans l'*infundibulum* et dont Van Gehuchten n'a pu établir encore ni l'origine, ni la terminaison.

Relativement aux fibres superficielles de la *couche moléculaire du ganglion basal*, décrites pour la première fois par Cajal dans le télencéphale de la grenouille, et identifiées par lui en partie avec les ramifications terminales du prolongement cylindraxile de certaines cellules qui correspondraient, dans le cerveau des batraciens, aux cellules à cylindraxe ascendant de l'écorce grise des mammifères (Martinotti, Cajal, Retzius), sans parler des ramifications cylindraxiles de quelques cellules superficielles, Van Gehuchten témoigne n'avoir jamais

(1) Micheline Stéfanowska. *Les appendices terminaux des dendrites cérébraux et leurs différents états physiologiques*. Institut Solvay. Travaux du Laboratoire publiés par Paul Heger. Fasc. III. Bruxelles.

(2) V. la critique de Kölliker sur les hypothèses de Rabl-Rückhard et Duval sur les mouvements amiboïdes des neurodendrones. *Kritik der Hypothesen*, etc., dans Sitzungsber. d. Würzburger. Phys. Med. Gesellsch. 9 mars 1895. Cf. *Handb. der Gewebelehre des Menschen*, 6te Aufl. 1896, II, 803 sq.

rencontré, dans ses coupes, de cellules nerveuses à cylindraxe ascendant au niveau du ganglion basal : ces fibres tangentielles proviennent en grande partie, selon lui, de la *commissure habénulaire* du diencéphale. Les fibres constitutives de ce faisceau commissural sont destinées à relier l'une à l'autre les parois externes des vésicules cérébrales : « Elles représentent ainsi véritablement, ainsi que Köppen était disposé à le croire, une partie du *corps calleux*. Ces fibres ont, en effet, leurs *cellules d'origine* dans la paroi externe de la vésicule cérébrale et elles vont *se terminer*, en passant par la *commissure habénulaire*, dans la paroi externe de la vésicule cérébrale du *côté opposé* ». En s'épanouissant dans les vésicules cérébrales, ces fibres forment la couche des *fibres tangentielles* décrites, dans la *couche moléculaire*, au niveau du ganglion basal.

En résumé, les recherches de Van Gehuchten touchant le ganglion basal du télencéphale et la commissure habénulaire du diencéphale de la salamandre permettent d'arriver, entre autres, aux conclusions suivantes :

Le *faisceau basal* relie le télencéphale à toutes les régions inférieures du névraxe. Il est formé d'une partie *dorsale*, renfermant les fibres *motrices*, et d'une partie *ventrale*, constituée principalement de fibres *sensitives*, ainsi que de fibres en connexion avec l'*infundibulum*. Les *fibres motrices* peuvent se poursuivre directement jusque dans le *cordon antérieur* de la moelle épinière. Les *fibres sensitives* peuvent être suivies jusque dans le *cordon antéro-latéral* de la moelle épinière. La *commissure habénulaire* du diencéphale relie l'une à l'autre, au moins par une partie de ses fibres, la paroi externe des deux vésicules cérébrales.

Ainsi, tandis que les ganglions de la base du cerveau antérieur sont demeurés essentiellement les mêmes, quant à leur structure et à leur situation, dans toute la série des vertébrés, où ils forment les corps striés, le manteau (*pallium*), au contraire, s'est transformé sans discontinuité de la mince couche de cellules épithéliales qui s'étendait comme une voûte sur le ventricule du cerveau antérieur des poissons osseux jusqu'à l'écorce grise circonvolutionnée des hémisphères cérébraux des anthropoïdes et de l'homme. Le *corps strié*, apparaissant maintenant divisé, chez les mammifères, en deux masses, *noyau caudé* et *noyau lenticulaire*, par les fibres de la *capsule interne*, qui passent en quelque sorte à travers ces masses grises, n'est plus qu'une portion relativement peu importante de ce cerveau antérieur qu'il constituait à l'origine presque tout entier, dont il formait la masse principale chez les poissons osseux. Entre les puissants *ganglions de la base* des époques primordiales et le *manteau*, qui, pour la première fois, apparaît chez les reptiles comme une véritable écorce cérébrale, siège de la vie psychique des représentations, le développement a été successif et certainement inverse. Nul doute, cependant, que, chez les poissons osseux, le ganglion de la base ne fût un cerveau rudimentaire et en remplit, en tout cas, les fonctions. Qui voudrait soutenir que ces poissons sans cerveau, au sens de manteau cérébral, fussent privés de sensibilité ou de motilité volontaire ? La lutte pour l'existence aurait bientôt pris fin. Suivant Edinger, il manquait pourtant à ce ganglion basal du cerveau antérieur toutes ces voies nerveuses qui, chez les vertébrés supérieurs, montent des appareils périphériques de la sensibilité générale et spéciale à l'écorce cérébrale. Van Gehuchten a démêlé au contraire dans le faisceau basal d'Edinger des faisceaux de fibres afférentes, partant,

de nature sensitive, dont un grand nombre représenterait les prolongements cylindraxiles de neurones situés dans la partie centrale de l'*infundibulum*. Quoi qu'il en soit, il est peut-être permis de conclure de ces faits, que *les stations terminales primaires des nerfs suffisent à réaliser, jusqu'à un certain degré, ce que nous connaissons comme fonctions des organes du système nerveux central.*

Avec les méthodes actuelles d'imprégnation et de coloration des éléments du système nerveux, il est possible de distinguer sûrement, grâce à la forme et à la disposition des cellules, l'écorce cérébrale des autres parties du cerveau. Or c'est bien pour la première fois, sous forme d'amas irréguliers et en petit nombre, que les cellules nerveuses de l'écorce apparaissent chez les Amphibiens. De l'examen histologique du cerveau antérieur de quelques amphibiens (grenouille, salamandre, triton), avec la méthode de Golgi-Cajal, par A. Oyarzun, sous les auspices et d'après les conseils d'Edinger, à l'Institut de Senckenberg de Francfort, il résulte que, des deux couches dont sont constitués les hémisphères, l'*interne*, regardant la cavité du ventricule, est limitée par une couche de *cellules épithéliales*, dont les prolongements ramifiés peuvent atteindre la surface externe du manteau, tandis que la couche *externe* des hémisphères renferme des *corpuscules nerveux*, dont les prolongements protoplasmiques s'élèvent vers la périphérie et dont le prolongement cylindraxile descend en bas. Après être resté indivis durant un court trajet, le prolongement des cellules épithéliales se divise bientôt à angle droit en fibrilles qui, se subdivisant à leur tour, produisent, en s'enchevêtrant avec les prolongements voisins de même nature, un feutrage des plus fins qui atteint la couche externe des hémisphères. Les corps de ces cellules ne sont pas pressés les uns contre les autres : entre deux, il existe toujours la place d'une cellule épithéliale. On n'a pas aperçu de cils vibratiles avec le chromate d'argent. « Ce qui est nouveau, ce qui était inconnu jusqu'ici dans le cerveau des amphibiens, c'est la longueur extraordinaire et les ramifications des fibrilles terminales de ces cellules épithéliales », dit Oyarzun. Ces prolongements constituent ici l'ensemble du tissu de soutènement. Quant aux cellules de la couche externe du manteau, qui sont situées à différentes hauteurs dans l'épaisseur de cette couche, leur forme aussi bien que l'orientation de leurs prolongements ne laissent aucun doute sur leur nature nerveuse. D'abord tangentielles, les ramifications de ces neurones, d'une richesse aussi peu ordinaire, envoient quelques ramescences vers la périphérie de l'écorce, tandis qu'un prolongement cylindraxile, émettant quelques rares collatérales, descend en bas. Les prolongements cylindraxiles de ces neurones se réunissent en longs faisceaux près de la base du cerveau (1).

Chez les Reptiles, on l'a vu, le manteau est relié aux centres inférieurs par de puissants faisceaux. De même chez les Oiseaux, dont la

(1) A. Oyarzun. *Ueber den feineren Bau des Vorderhirns der Amphibien*. Arch. f. mikrosk. Anatomie, XXXV, 1890, 330. — L. Neumayer. *Die Grosshirnrind der niederen Vertebraten*. Sitzungsb. d. Ges. f. Morphol. u. Phys. in München. 1895. H. 1, 61. Rana. — P. Ramon Cajal. *Investig. microgr. en el encefalo de los batraceos y reptiles*. Zarog., 1894, — S. Ramon y Cajal. *Pequennas contribuciones al conocimiento del sist. nerv.* Barcel., 1891, p. 13. 17. — Kölliker. *Zur feineren Bau des Zwischenhirns und der Regio hypothalamica*. Verhandl. der anat. Gesellsch. auf der neunten Vers. in Basel, 1895.

substance grise corticale n'est représentée que par une mince lame située au-dessus de la cavité ventriculaire. Les expansions protoplasmiques, surtout les expansions basilaires, y ont paru plus abondantes que dans le cerveau des reptiles à SALA Y PONS (Barcelone) (1). De même, tandis que, chez les reptiles, la *névroglie* n'est encore constituée que par les cellules épithéliales des ventricules, prolongées à travers l'écorce grise jusqu'à la surface du cerveau, chez les oiseaux ces éléments, je veux dire les cellules de la névroglie, ne présentent déjà plus partout l'apparence des éléments épithéliaux épendymaires ; ils apparaissent sous la forme de véritables cellules en araignée. SALA Y PONS distingue cinq couches dans l'écorce cérébrale des oiseaux : 1° zone moléculaire ; 2° couche de petites cellules étoilées ; 3° couche des grandes cellules étoilées et des grandes cellules pyramidales ; 4° couche des cellules étoilées profondes ; 2° zone épithéliale. Les cellules des deuxième et troisième couches envoient à la zone moléculaire, non une tige protoplasmique terminée par des ramifications, mais « un certain nombre d'expansions périphériques isolées, à orientations diverses ». Les cellules de la troisième couche sont de deux espèces au moins : a) *cellules de projection*, à cylindraxe descendant ; b) *cellules d'association*, à cylindraxe se terminant dans l'épaisseur de la substance grise de l'écorce, au moyen d'arborisations étendues ou courtes. Ainsi peut-être dans toutes les couches. Le plexus fibrillaire formé de toutes les collatérales des cylindraxes des fibres de projection et d'association « enveloppant les corps cellulaires » feutre tout l'espace de l'écorce cérébrale compris entre l'épithélium épendymaire des ventricules sous-jacents et la surface du cerveau. Les fibres de projection ne passent point par le volumineux corps strié des oiseaux (du moins celles de la portion sus-ventriculaire de l'écorce) ; le corps strié possède des cellules spéciales de projection qui quittent le cerveau par sa partie postérieure (*faisceau basal* du cerveau antérieur d'EDINGER). Quoique déjà différenciées, on retrouve chez les oiseaux les deux sortes d'éléments de la *névroglie* : 1° les cellules éptithéliales, s'allongeant de la cavité du ventricule jusqu'à la surface du cerveau, où elles se terminent sous la pie-mère par des boutons coniques ; 2° des cellules éparses à des distances diverses des surfaces pie-mériennes et ventriculaires, véritables corpuscules névrogliques en voie de formation, cellules épithéliales émigrées dans la substance grise (CAJAL, VON LENHOSSEK, RETZIUS), et dont celles qui s'approchent le plus de la périphérie sont presque déjà des cellules en araignée.

Chez les Oiseaux prédominent les images optiques de la vie mentale. L'élaboration des impressions olfactives est surtout utile aux vertébrés attachés à la terre ; il n'en est point de même pour ceux qui, planant dans les airs, doivent reconnaître, souvent de très haut et de très loin, leurs proies, leurs nids et les voies suivies dans les migrations. EDINGER a découvert un puissant faisceau de fibres nerveuses allant de l'écorce du lobe occipital dans les centres optiques (*tractus occipito-tectalis*) (c'est-à-dire se projetant des centres optiques primaires au lobe occipital) : il sort du territoire du lobe occipital, passe devant la commissure antérieure, et peut être suivi jusque dans le cerveau moyen, où se termine le nerf optique. Cette voie nerveuse des Oiseaux paraît encore manquer chez les Reptiles. Elle ne se myélinise que des semaines

(1) *L'écorce cérébrale des oiseaux*. C. R. Soc. Biol. 1893, 974.

après la sortie de l'œuf de l'oiseau ; le trajet a été établi au moyen de séries de coupes et surtout par la méthode des dégénérescences : chez des pigeons auxquels le cerveau occipital avait été enlevé et qui furent conservés trois semaines en vie, ce faisceau était complètement dégénéré (1). L'écorce cérébrale étant bien le siège des fonctions psychiques exécutées avec conscience par l'animal qui observe, réfléchit et agit dans le monde en se servant des images dérivées de ses perceptions et conservées sous forme de souvenirs, cette découverte d'un nouveau faisceau cortical en connexion avec les noyaux centraux d'un appareil des sens tel que celui de la vision a pour la psychologie comparée une importance capitale : il s'agit bien de la *vision corticale*.

Seule, l'anatomie comparée, comme l'avait d'ailleurs bien compris Broca, peut recéler des documents propres à écrire une sorte de paléontologie du cerveau des vertébrés. Si la psychologie physiologique s'était développée méthodiquement, et non empiriquement, elle n'aurait eu garde de commencer par l'homme l'étude des fonctions du cerveau : elle les aurait étudiées d'abord chez les Poissons, les Amphibiens, les Reptiles et les Oiseaux. Ce que Steiner, Edinger, Kupffer, R. Burckhardt (2) ont voulu montrer surtout, c'est l'évolution phylogénique des fonctions les plus élevées de l'innervation supérieure, de la sensibilité, du mouvement et de l'intelligence chez les vertébrés. A une connaissance toujours plus exacte de la forme des organes a correspondu jusqu'ici une intelligence plus vraie de la fonction.

On peut, chez l'Oiseau, poursuivre jusqu'à la limite postérieure du mésencéphale un groupe de fibres du tractus optique qui s'y terminent dans un noyau gris bien nettement délimité, le *ganglion isthmi* (Edinger) ou *ganglion opticum dorsale* (Jelgersma). Le faisceau a été décrit par Bellonci, Singer et Münzer et en particulier par Perlia (3) qui, par la méthode des dégénérations, montra qu'il dépendait du *ganglion isthmi* et que la conduction de ses fibres était centrifuge. Jelgersma confirma les résultats de Perlia. Adolf Wallenberg a fourni la démonstration du seul point du problème qu'il restait à élucider : la preuve que les cellules d'origine de ce faisceau étaient bien dans le *ganglion isthmi*. A cet effet, il fallait détruire ce ganglion lui-même, car seulement ainsi la dégénération secondaire pourrait être suivie non seulement jusqu'au chiasma, ainsi qu'on l'avait fait, mais jusqu'aux terminaisons dans le bulbe oculaire des fibres dégénérées (4). Il ressort des conclusions, jusqu'ici encore hypothétiques peut-être, de la belle étude anatomique de Wallenberg, que le *ganglion isthmi* doit être considéré comme le centre d'un arc réflexe dont la branche *centripète* (*tractus isthmo-tectalis*) apporte aux cellules de ce ganglion des excitations parties de centres optiques, mais aussi de centres acoustiques et autres, excitations qui peuvent être ainsi transmises aux fibres du faisceau optique median, c'est-à-dire à la branche *centrifuge* de cet

(1) Edinger, *Ueber die Entwickelung des Riesenhirns*. Arch. f. Psych., XXVII, H. 3.

(2) V. le développement phylogénique du cerveau antérieur, depuis Pétromyzon jusqu'aux Mammifères, chez R. Burckhardt. *Das Vorderhirn der Craniota*. Anat. Anz. ger. 1894, p. 535 sq.

(3) *Ueber ein neues Opticusfasersystem beim Huhn*. Graeff's Arch., 1889.

(4) A. Wallenberg : *Das mediale Opticusfaserbündel der Taube*. Neurol. Centralbl., 1888, 352 sq. Ch. Bd., p. 30. *Eine Verbindung zwischen Hirntheile der Taube mit dem Stratum tractus isthmo-striatus oder bulbo-striatus*.

arc réflexe. Ce dernier faisceau s'arborise surtout dans la *rétine* autour des cellules de la couche ganglionnaire et de leurs dendrites, et aussi dans les centres primaires de l'opticus. Toutes les cellules de ces régions peuvent donc être ainsi modifiées dans leur fonction spécifique, consistant à transmettre les impressions optiques périphériques aux centres optiques, et particulièrement les cellules de la tache jaune, grâce aux fibrilles terminales du faisceau qui se distribue à la rétine. « Il en résulte, écrit WOLLENBERG, un appareil capable au plus haut point de renforcer ou d'affaiblir la faculté de réceptivité de l'organe de la vue sur certains points déterminés au moyen d'excitations sensorielles et sensitives ; en d'autres termes, de créer une sorte d'*accommodation de la rétine*. Cet appareil n'a pas encore été aperçu chez les mammifères, ni chez l'homme par conséquent. Si l'on parvenait à le découvrir, on posséderait, selon moi, une base anatomique d'où pourraient recevoir quelque lumière plusieurs faits encore inexpliqués de l'optique physiologique, tels que les phénomènes de contraste, des images consécutives, des modifications de l'acuité visuelle par d'autres excitations simultanées de la sensibilité, dont la raison n'a été cherchée jusqu'ici que dans des modifications fonctionnelles de l'écorce cérébrale. »

Les données de BRANDIS (1) et d'EDINGER sur les connexions du cervelet avec le reste du névraxe chez l'Oiseau concordent de tous points : le cervelet est relié au cerveau par un pédoncule antérieur (*pedunculus cerebelli ad cerebrum*) et à la moelle par un pédoncule postérieur ou inférieur (*pedunculus cerebelli inferior. Brachium cerebelli ad medullam oblongatam. Corpus restiforme*). Comme chez les oiseaux il n'y a pas de pont, le pédoncule cérébelleux moyen fait défaut (*pedunculus cerebelli ad pontem*).

BRANDIS a distingué dans le corp restiforme : le faisceau cérébelleux direct et de nombreuses fibres provenant des cordons postérieurs, des faisceaux propres à la *formatio reticularis*, enfin des fibres appartenant à l'olive. A. FRIEDLAENDER (2) n'a trouvé dans la moelle épinière des oiseaux ni *cauda equina*, ni *filum terminale* proprement dit. Les nerfs rachidiens qu'il énumère sont : *12 nervi cervicales*, *7 nervi pectorales*, *13 nervi lumbales* et *7 nervi caudales*. La méthode des dégénérations, appliquée au système nerveux central des oiseaux, promet d'être aussi féconde qu'elle l'a été pour les mammifères. SCHRADER, SINGER, MÜNZER EDINGER, après l'extirpation d'un hémisphère cérébral chez les oiseaux, n'ont jamais trouvé dégénérée de longue voie nerveuse descendante homologue aux faisceaux pyramidaux des mammifères : ils nient en conséquence l'existence d'un *tractus cortico-spinalis*. BRANDIS n'a également obtenu qu'un résultat négatif, mais il estime que la question doit rester ouverte, SANDMEYER ayant trouvé au contraire une dégénérescence secondaire évidente de la moelle épinière dans la région des voies des pyramides. L'enquête de FRIEDLAENDER à ce sujet n'est pas encore terminée. L'existence de voies nerveuses reliant directement la

(1) F. BRANDIS, *Das Kleinhirn der Vögel in seiner Beziehung zur Systematik*. Journ. für Ornithology, XLIV, 1896, Juli.

(2) *Untersuchungen über das Rückenmark und das Kleinhirn der Vögel*. Aus dem Senckenberg'schen Institute f. pathol. Anat. zu Frankfurt a. M. *Neurol. Centralbl.*, 1898, 351 sq. ; 397 sq.

moelle épinière avec le *thalamus*, d'une part, et le cerveau moyen, d'autre part, n'est pas non plus démontrée.

C'est pour l'avancement de quelques-uns de ces problèmes que FRIEDLAENDER, sur le conseil d'EDINGER, a institué une série d'expériences sur les rapports de la moelle épinière des oiseaux et le cervelet de ces vertébrés, lequel n'est essentiellement constitué, on le sait, que par un *vermis*, quoique les hémisphères cérébelleux existent chez les Oiseaux. A cet effet, il a 1° sectionné, à différents niveaux, la moelle épinière, pour savoir si ces faisceaux et quels faisceaux dégénèrent ; 2° pratiqué des lésions expérimentales de différentes parties du cervelet.

I. — Voies nerveuses intramédullaires qui, après une hémisection de la moelle épinière, dégénèrent dans les deux directions ascendante et descendante. L'examen de coupes sériées de la moelle épinière des oiseaux a montré que, chez ces vertébrés aussi, la plupart des voies nerveuses présentent des prolongements ascendants et descendants, puisqu'il existait des fibres dégénérées aussi bien au-dessus qu'au-dessous du point sectionné : 1° dans les *cordons postérieurs* les fibres radiculaires descendantes n'avaient dégénéré que sur une certaine étendue, tandis que la dégénération des fibres ascendantes pouvait être suivie jusque dans la moelle allongée. L'aire du territoire dégénéré était toujours assez pauvre en fibres. FRIEDLAENDER incline donc à penser que, chez les oiseaux, une très petite partie seulement des faisceaux postérieurs parviennent à la moelle allongée, la plus grande partie s'épuisant déjà à différents niveaux inférieurs dans la substance grise de la moelle épinière ; 2° le *faisceau cérébelleux direct* dégénère toujours en toute son étendue dans les deux directions ascendante et descendante ; 3° dans les *cordons antérieurs* et aussi dans les *cordons latéraux*, les fibres dégénèrent également dans les deux directions à proximité immédiate du point d'opération ; mais, à quelque distance, cette dégénération se limite aux cordons antérieurs et à la face interne de ceux-ci. Il s'agit de fibres d'origine endogène pour la plupart et de longueur différente, quoique parmi elles un certain nombre appartienne à des voies nerveuses issues du cervelet ; on les pourrait désigner : *tractus cerebello-spinalis ventralis medialis*.

II. — Voies nerveuses qui, après une hémisection de la moelle épinière, dégénèrent dans le cervelet. Des faisceaux de la moelle épinière il n'y a que ceux qui passent à la périphérie du cordon latéral qui se continuent dans le cervelet. La plus grande part de ces fibres se terminent directement, sans s'entre-croiser, après avoir pénétré dans le corps restiforme, dans les circonvolutions dorsales du *vermis*. Du corps restiforme sortent deux autres faisceaux : l'un est assimilé pour son trajet au *tractus cérébello-spinalis ventralis* des mammifères : l'autre fournit la plus grande part de ses fibres à un faisceaux destiné à l'écorce dorsale du *vermis* et une plus petite partie à un fascicule qui se distribue aux noyaux médians du cervelet ; ses fibres s'entre-croisent et se terminent peut-être soit dans ces noyaux, soit dans l'écorce du *vermis*.

III. — Voies nerveuses qui, consécutivement à des lésions expérimentales du cervelet, dégénèrent en bas. Outre la dégénérescence des voies courtes du côté correspondant à l'opération (voies d'association) et du côté opposé (voies commissurales), une voie longue, croisée, dégénère aussi, dont la plus petite portion rayonne dans la région du

« champ acoustique d'AHLBORN », et dont la plus grande passe, sous forme d'un large faisceau, par le pédoncule cérébelleux postérieur dans la moelle allongée et dans le cordon latéral de la moelle épinière. Cette longue voie correspond au *tractus cerebello-spinalis* constitué de fibres du faisceau cérébelleux direct dorsal et ventral. FRIEDLAENDER a trouvé la voie dorsale dans la moelle allongée au niveau du segment céphalique du corps restiforme ; la voie ventrale (le faisceau de GOWERS) était représentée par des fibres passant en avant des olives et du trijumeau.

Le *télencéphale* et le *mésencéphale* sont toujours demeurés, dans ces expériences, indemnes de toute dégénération.

Le cervelet est très développé chez les animaux qui, pour nager en haute mer, ont besoin d'un organe d'équilibration et de tonicité musculaire plus parfait que ceux qui rampent ou nagent près des fonds. La locomotion aérienne, qui implique des mouvements encore plus puissants et surtout plus précis, a développé, chez les Oiseaux, une troisième connexion du cervelet avec les organes centraux du système nerveux. Le cervelet qui jusqu'ici n'était relié que par deux commissures aux *cerveaux moyen* et *intermédiaire*, en avant, à la moelle épinière et à la moelle allongée, en arrière, est, chez les Oiseaux, en rapport, au moyen d'un troisième faisceau, avec le *cerveau antérieur*, voie entrecroisée, qui se termine dans un nouvel organe bilatéral, les *hémisphères cérébelleux*. Chez l'homme et chez les autres mammifères, le lobe médian ou *vermis* du cervelet rétrocède de plus en plus devant l'énorme développement de ces hémisphères. Plus que l'expérimentation et l'observation pathologique, l'anatomie comparée établit clairement le rôle du vermis comme organe de l'équilibration et du *tonus* musculaire (1).

A considérer la structure histologique de l'écorce du cervelet, il semble qu'on y trouve réalisées toutes les conditions de ces associations d'impressions perçues en unités complexes qui sont pour nous la seule façon de concevoir l'origine et la nature des représentations et des notions. Ces représentations et ces notions peuvent être naturellement fort diverses, et il peut y avoir, dans l'écorce du cervelet comme dans celle du cerveau, des représentations motrices des différentes parties du corps, telles qu'il en existe sûrement aussi dans la moelle épinière et la moelle allongée, sans qu'on doive même songer, pour le cervelet ou pour la moelle, à des représentations, à des images ou à des idées de la nature de celles dont nous avons conscience, et qui résultent de l'activité de l'écorce du cerveau antérieur. Ce n'est pas qu'au fond, et si l'on prend garde aux derniers éléments constituants de ces représentations, *cérébrales, cérébelleuses* ou *spinales*, on puisse jamais y rien découvrir de spécifique, de spécial aux unes et non aux autres, le protoplasma cellulaire des neurones n'ayant qu'une seule fonction, la sensibilité, qui n'est elle-même qu'un cas de l'irritabilité, et cette sensibilité restant essentiellement la même, en dépit de toutes les adaptations et différenciations fonctionnelles acquises par la division du travail physiologique au cours de l'évolution organique des êtres, transmises et fixées, dans ce qu'elles ont d'élémentaire, par l'hérédité. Ce qui distingue une représentation cérébrale d'une représentation cérébelleuse ou spinale, c'est, non pas la nature, mais le degré de complexité des éléments concourant à la production de cet événement psychique. Les éléments qui entrent dans les images mentales, dans la

(1) EDINGER, *Ueber die Bedeutung des Kleinhirns in der Thierreihe.*

notion de l'objet, dans le concept verbal, quoique toujours réductibles à quelques réactions simples du protoplasma, sont déjà, si on les rapproche de ceux d'une représentation cérébelleuse ou spinale, d'une structure qui rappelle, par exemple, celle d'une molécule d'albumine, comparée à une molécule d'eau ou d'acide carbonique. Les éléments restent au fond les mêmes ; la formule de leur structure diffère seule. Mais les propriétés d'un corps sont fonction de sa structure au moins autant que de sa composition.

Le cervelet n'est relié par aucune connexion, ou n'a que des rapports peu connus avec les organes des sens spéciaux, tels que la rétine, le limaçon, la muqueuse olfactive. Il reçoit, au contraire, par les corps restiformes, des impressions sensitives transmises par les nerfs spinaux des *extrémités inférieure* et *supérieure* (cordons de Goll et de Burdach) et par ceux du *tronc* (faisceau cérébelleux direct). Outre les *cordons postérieurs* de la moelle épinière, des fibres du nerf *trijumeau*, du *nerf vestibulaire*, du *vague*, apportent certainement au cervelet des impressions parties des organes de la région de la *tête*, et en particulier des canaux demi-circulaires du *labyrinthe*. Les faisceaux des pédoncules cérébelleux supérieurs, issus du *corps denté* du cervelet, et dont on connaît les connexions avec le *noyau rouge* de la calotte du côté opposé, et avec le *thalamus*, se montrent déjà, à partir des Sélaciens, au nombre des plus anciens rouages du mécanisme cérébral. Par les pédoncules cérébelleux moyens, le cervelet est en rapport avec les noyaux du *pont* du côté opposé, avec l'*écorce* des lobes *frontal*, *pariétal*, *temporal* (Flechsig, Edinger). Il ressort des travaux considérables de Luciani, sur les fonctions du cervelet, dont les lésions provoquent l'*asthénie*, l'*atonie* et l'*astasie*, non la parésie et la paralysie, que : 1° chaque hémisphère cérébelleux exerce une action bilatérale, quoique prépondérante du côté correspondant ; et 2° que chaque moitié du cervelet est en connexion prédominante avec l'hémisphère cérébral du côté opposé et avec la moitié de la moelle du même côté. La physiologie et la clinique ont complètement sanctionné ces deux propositions. L'action du cervelet, comme celle du cerveau, est bilatérale. Mais l'action directe, répétons-le, l'emporte sur l'effet croisé, et dans une hémorrhagie, un abcès ou une tumeur d'un hémisphère cérébelleux, les troubles sont surtout homolatéraux. Dès 1883, énumérant quelques-uns des faisceaux d'association et de commissuration, déjà si nombreux à cette époque, qui relient et associent le cervelet à *toutes* les masses grises du système nerveux central, P. Flechsig le comparait à une « commissure grise » qui ne le cédait guère en importance au corps calleux lui-même, de sorte que « cet appareil, ajoutait-il, paraît tout particulièrement propre à réaliser l'unité dans l'activité des mécanismes centraux ». (*Plan des menschlichen Gehirns*, p. 42-3.) Comme l'écorce des deux hémisphères cérébraux, les *corps striés*, auxquels fait défaut toute autre commissure, lui semblaient être mis en connexion par le cervelet.

Les *pédoncules cérébelleux supérieurs* ont donc, par les *corps restiformes* de la moelle allongée, par l'écorce du *vermis* et du *nucleus dentatus* du cervelet, des rapports définis avec toutes les impressions sensitives provenant des cordons postérieurs de la moelle épinière, prolongements des racines postérieures, de même qu'ils en possèdent de directs ou d'indirects avec le nerf vestibulaire, le trijumeau et le vague. De tout ce qui précède, il résulte qu'au cervelet peuvent arriver des excitations venues de toutes les parties du corps, et que, par conséquent, cet or-

gane peut acquérir et conserver des représentations de la position de notre corps, de nos membres, de notre tête, etc., dans l'espace, de l'état de tension de nos muscles, etc. Si le cervelet possède une manière de conscience ou de *sensorium commune*, c'est-à-dire des représentations associées, nées des résidus des sensations perçues de ces mouvements et indéfiniment susceptibles d'atteindre, sous l'influence d'excitations internes ou externes, un certain degré d'intensité équivalant, comme un symbole, au réveil ou à l'existence actuelle d'impressions antérieures, on voit de quelle nature pourrait être cette conscience : ce serait celle de notre corps, et, à la rigueur, des impressions de la sensibilité générale. Ce serait une conscience *pour* le cervelet, comme il en existe sans doute une *pour* la moelle épinière, et peut-être *pour* les ganglions du grand sympathique, consciences dont l'écorce du cerveau antérieur n'a probablement aucune connaissance directe, quoiqu'il ne soit pas possible d'accorder que certains centres de cette écorce n'en perçoivent aucun écho plus ou moins vague et lointain. Ainsi, dans un cas d'atrophie du cervelet, le sujet a fait l'effet, à Flechsig, de n'avoir qu'une conscience très affaiblie de sa personnalité intérieure, c'est-à-dire de son corps, de sa cœnesthésie ; l'énergie volontaire, et particulièrement l'attention active, semblaient aussi avoir diminué. Si, dans des cas où tout un hémisphère cérébral est détruit, il n'existe pas d'hémianesthésie croisée, le même savant va jusqu'à dire que c'est sans doute parce que *chaque* pédoncule cérébelleux supérieur est dans le cervelet en rapport avec les *deux* moitiés du corps (1).

C'est que, si la conscience des attributs en quelque sorte externes de la personnalité, notre nom, notre état, nos souvenirs d'enfance et de famille, nos idées du monde et de la vie, ont bien pour siège l'écorce du cerveau antérieur, l'être sans nom qui réagit obscurément sous la poussée des tendances et des instincts organisés de l'espèce est, une première fois, représenté dans tout ce grand centre nerveux, formé d'amas plus ou moins considérables de neurones, souvent d'un volume remarquable, qui s'étend de la moelle épinière à la couche optique, la *formatio reticularis*. « Comme la *formatio reticularis* s'étend aussi bien que les noyaux des nerfs périphériques jusqu'à la région des *tubercules quadrijumeaux* et des *couches optiques*, la *moelle allongée* atteint de fait à cette hauteur (à peu près au *noyau rouge*) »(Flechsig). C'est là, dans ces régions inférieures, que, pour la première fois, avant d'être représenté dans l'écorce des hémisphères cérébraux, l'individu se connaît vaguement, souffre, respire, crie, et trouve tout montés les mécanismes les plus anciens de la succion, de la mastication et de la déglutition, de la préhension, de la locomotion, bref, de la plupart des mouvements automatiques et réflexes nécessaires à la réalisation des tendances, à la satisfaction des appétits, à la poursuite des instincts. De ce monde, inconnu et à jamais inconnaissable pour toute conscience télencéphalique, de quelque essence qu'elle soit ou puisse être, les excitations retentissent dans la moelle allongée, directement ou indirectement (par la moelle épinière), et, réagissant sur le vague, le trijumeau, etc., déterminent des réactions motrices appropriées, mouvements de défense, de protection, d'assouvissement. Les grosses cellules et les faisceaux nerveux de la *formatio reticularis* arrivent de très bonne heure à maturité. Quoique ces cellules nerveuses soient destinées à subir plus tard

(1) *Gehirn und Seele*, 1896, p. 38. 65-66.

les influences d'arrêt du cerveau antérieur, et en dépit de la précocité extrême du faisceau sensitif qui, dans le sein maternel, apporte déjà au fœtus des sensations définies, véritables matériaux avec lesquels s'ordonne inconsciemment la construction représentative de son corps, bien des mois s'écouleront avant que les tendances et les impulsions dont nous parlons soient perçues et que, par leurs associations avec d'autres perceptions sensibles de l'écorce cérébrale, elles provoquent des réactions motrices qu'on puisse appeler conscientes ou volontaires.

On répète d'ordinaire que le côté ou l'aspect psychique fait encore défaut aux tendances et aux impulsions primitives, aux sentiments et aux émotions inférieures. C'est là une façon très inexacte de s'exprimer, l'« aspect psychique » de la vie, conscient ou inconscient, ne faisant jamais défaut dans aucune manifestation des propriétés du protoplasma, quelles que soient ces manifestations.

On ne saurait donc écrire, après Flechsig, que ces tendances (*Triebe*) sont à l'origine de simples processus physico-chimiques dénués de tout caractère psychique. Car ces processus physico-chimiques accompagnent aussi bien les phénomènes les plus élevés de l'activité psychique d'un Kant ou d'un Beethoven que ceux des réactions chimiotaxiques ou héliotropiques d'une amibe ou d'une algue. Ce qui est vrai, c'est que les fonctions des neurones de l'écorce du cerveau humain, quoique toujours identiques, quant aux propriétés élémentaires, à celles du protoplasma constituant l'étoffe des êtres vivants, présentent une complexité et une différenciation qu'implique suffisamment toute la distance qui sépare un grumeau de protoplasma amiboïde d'une machine à structure aussi délicate et variée que le système nerveux d'un mammifère. Qu'on ait toujours présente à l'esprit la molécule d'albumine comparée à la molécule d'eau ou d'acide carbonique. La cellule de la moelle allongée dont le besoin d'oxygène et l'asphyxie causée par l'acide carbonique en excès dans le sang est la cause déterminante de l'exercice d'une fonction telle que celle de la respiration, a *pour soi* une conscience qui ne diffère qu'en degré de celle d'une cellule d'une glande à sécrétion externe ou interne, d'un neurone spinal, cérébelleux, cérébral. L'erreur consiste à parler de conscience d'une manière abstraite; et à douer de cette prétendue propriété, qui n'est rien de plus qu'une résultante d'une combinaison au plus haut point instable, se faisant et se détruisant sans cesse, non seulement le protoplasma vivant, mais les éléments des protoplasmas encore épars dans la nature. La conscience n'est pas nécessairement une vie de représentations claires : elle n'apparaît pourtant, selon nous, comme une combinaison ou un epiphénomène, que lorsque les sensations, simultanées ou successives, peuvent être associées de manière à réagir d'une façon plus ou moins coordonnée sous forme de mouvements adaptés, condition de conservation pour l'individu et de survie pour l'espèce.

Le *thalamus opticus*, ou une partie de ce ganglion, le *noyau principal* (*Hauptkern des Sehhügels*, Flechsig, v. Tschisch) qui, morphologiquement, n'appartient pas, comme le corps strié, à l'écorce cérébrale, présente, ainsi que le cervelet, la plupart des conditions anatomiques que nous considérons comme nécessaires et suffisantes à la production de représentations élémentaires de sensations ou de sentiments devenus organiques par la répétition des actes ou le fraiement des voies nerveuses. De tous les points du système nerveux périphérique et central, des faisceaux se terminent en s'arborisant dans la couche

optique ou en partent, quoique, relativement à la masse énorme de ce ganglion, peu de fibres descendantes en sortent. Mais ce grand relai anatomique n'est peut-être le siège d'aucune élaboration ou transformation psychologique, du moins chez les vertébrés supérieurs à système nerveux fortement centralisé dans l'écorce cérébrale. Le thalamus pourrait n'être que cela, un simple relai nucléaire, sans cesser d'être le grand centre réflexe des mouvements d'expression du rire et du pleurer, des émotions et des passions. FLECHSIG ne croit pourtant pas qu'on doive continuer à chercher exclusivement, dans l'écorce et la substance blanche des hémisphères cérébraux, les seuls éléments de la vie psychique. Il revient souvent sur cette idée ; il y insiste : « Des sentiments et des sensations élémentaires (c'est-à-dire non coordonnés en représentations) peuvent très bien, dit-il, exister dans toutes les parties inférieures du cerveau. » Au point de vue des fonctions de cet organe, on appelle inférieures toutes les parties de l'encéphale qui ne sont point, comme l'écorce et la substance blanche du cerveau antérieur, en rapport immédiat avec les représentations ou images mentales. Il est impossible de séparer le corps strié, l'antique ganglion de la base (*Stammganglion*) de l'écorce du cerveau antérieur : le *noyau caudé* et le *putamen* du *noyau lenticulaire* font incontestablement corps avec la base des hémisphères (BETZ). Aux parties inférieures du cerveau appartiennent sûrement, au contraire, le *globus pallidus* du noyau lenticulaire, le noyau externe, le centre médian de LUYS, etc., de la couche optique.

Chez la Grenouille et le Lézard, qui possèdent déjà une écorce cérébrale rudimentaire, apparaissent, dans le cerveau intermédiaire, les premiers amas de cellules nerveuses rappelant les noyaux de la *couche optique*. De même que le lobe optique, la substance grise du pont est beaucoup plus développée chez les vertébrés inférieurs. Avec STEINER, on doit admettre que ces régions, et en particulier le toit du cerveau moyen, représentent une sorte d'appareil d'ensemble d'où se sépareront, chez les mammifères supérieurs, les tubercules quadrijumeaux antérieurs et le lobe occipital (1). On s'explique ainsi que, après l'ablation du cerveau, les Poissons osseux, de même et mieux encore que les Batraciens, conservent la faculté de se servir des impressions de la vue pour la continuation de leur vie psychique. Il en est des

(1) Cf. L. NEUMEYER. *Histiolog. Unters. üb. den feineren Bau des Centralnervensystems von Esox Lucius mit Berücks. vergleich. anal. u. phys. Verhältn.* Arch. f mikr. Anat. 1895, vol. 44, 345-365.

Une partie seulement des éléments nerveux qu'on rencontre dans le *tectum* des lobes optiques des Poissons osseux appartient aux fibres optiques ; à celles dont l'axone n'abandonne pas le système nerveux central et peut être suivi jusque dans le *cervelet* et dans la *moelle*, on doit, suivant NEUMAYER, attribuer des fonctions de nature sensitive ou motrice, et, partant, *psychiques*. Les expériences de STEINER sur l'extirpation du cerveau des Poissons osseux (*), expériences exécutées sur le *Squallius cephalus*, ont démontré que les poissons auxquels cet organe a été enlevé conservent encore complètement leurs réactions *volontaires*. Il en résulte que le cerveau antérieur de ces vertébrés manque encore de toutes les « fonctions cardinales » que l'on considère, chez tous les vertébrés supérieurs aux Poissons, comme l'apanage propre et caractéristique du cerveau. STEINER en a donc conclu que, « dans la série des vertébrés, les fonctions du *mé-*

(*) J. STEINER. *Ueber das Gehirn der Knochenfische*. Sitzungsb. d. k. Akad. d. Wiss., 1886.

centres de coordination des mouvements comme de ceux de la vision ou de l'audition. De la moelle cervicale (Poissons, Amphibiens), ces centres émigrent dans le pont (Oiseaux),et finissent par s'étendre de la moelle épinière aux circonvolutions centrales du cerveau antérieur (Mammifères). V. Monakow attribue aux noyaux ventraux des couches optiques l'important office de *modérer* les excitations centripètes qui montent vers l'écorce de ces circonvolutions centrales. Exceptées les fibres des faisceaux pyramidaux, la majeure partie des fibres de la couronne rayonnante provient des cerveaux moyen et intermédiaire. La masse grise thalamique représente surtout un territoire où s'irradient les faisceaux provenant des noyaux sensitifs. C'est par l'intermédiaire du thalamus qu'un grand nombre d'excitations optiques, acoustiques, sensitives, sont transmises à l'écorce du cerveau antérieur. Mais les différentes régions de cette écorce reçoivent encore des fibres qui, par la calotte du pédoncule cérébral, et en passant par la capsule interne,s'irradient du *nucleus* Luysii, de la *substantia nigra*, de la substances grise des éminences bigéminées antérieures, etc.

Très développés dans les classes inférieures des vertébrés, depuis les Poissons jusqu'aux Oiseaux, et si grands parfois qu'on les a pris pour les lobes cérébraux, dont ils peuvent excéder le volume, les *lobes optiques* ne sont plus représentés chez les Mammifères que par *les tubercules quadrijumeaux.* « Leur atrophie, a dit Broca, coïncide avec le développement des lobes cérébraux proprement dits, c'est-à-dire avec la constitution des hémisphères. Grands encore chez les Monotrèmes, chez les Didelphes, chez les Monodelphes lissencéphales, ils perdent leur volume et leur importance à mesure que l'hémisphère grandit et se perfectionne. De même que, chez les Mammifères ordinaires, la décadence des *lobes optiques* et la fin de leur hégémonie sont la conséquence de la prépondérance des hémisphères, où s'effectue la centralisation cérébrale, de même, chez les Primates, un nouveau perfectionnement de l'hémisphère, attesté par l'amplification énorme du lobe frontal, amènera la décadence des *lobes olfactifs.* »

sencéphale ont émigré dans le *cerveau antérieur* quand celui-ci a possédé une morphologie définie, ou, en d'autres termes, que le développement phylogénique du cerveau antérieur est l'effet d'une addition continue de fonctions qui, du mésencéphale, y ont successivement émigré.»

En accord avec ces conclusions de Steiner, dont la portée est si grande, et qu'aucun fait morphologique ne contredit, Neumayer croit pouvoir affirmer à son tour qu'il est légitime de localiser dans le *tectum loborum opticorum* des Poissons osseux les fonctions devenues l'apanage spécial de l'écorce du télencéphale. *Le toit du mésencéphale a donc été le substratum de ces fonctions à une époque où le pallium des hémisphères n'existait pas.* Le *tectum loborum opticorum*, dont, Neumayer a donné dans ce travail, entrepris sous les auspices de von Kupffer lui-même, une histologie complète, apparaît clairement, quand à sa structure anatomique, comme l'homologue de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux des vertébrés supérieurs. Mais cette partie du système nerveux central des Poissons, le toit du mésencéphale, n'est pas seulement l'analogue de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux quant aux fonctions centrales de la vision : on doit considérer cette ancienne province du névraxe comme le siège de l'exercice des fonctions *psychiques* de la vie de relation qui ont plus tard émigré dans l'écorce des hémisphères du télencéphale, dans les parties du cerveau antérieure qui ne sont pas encore développées chez les Poissons osseux.

PSYCHIATRIE

UN CAS DE DIPSOMANIE MORPHINIQUE

(*morphino-dipsomanie ou morphinomanie vraie*) (1).

Par André Antheaume et Raoul Leroy.

L'observation suivante, qui a été recueillie dans le service de M. Magnan à l'Asile Sainte-Anne (2), nous a semblé mériter quelque attention, beaucoup moins au point de vue des symptômes bien connus de l'intoxication morphinique elle-même, quel que soit ici leur intérêt, que par ce fait très exceptionnel qu'il s'agit là d'un véritable cas de dipsomanie morphinique ou morphinomanie vraie, c'est-à-dire d'une morphinisation survenant par accès chez une dégénérée héréditaire et procédant par impulsions conscientes et irrésistibles. C'est à notre connaissance le premier cas de ce genre lié à ce mécanisme psychologique et justiciable de cette pathogénie qui soit publié dans la littérature médicale. Jusqu'ici les nombreux auteurs qui se sont occupés du morphinisme, à part Levinstein, Lancereaux et surtout Magnan, ont considéré comme improbable ou n'ayant qu'un intérêt seulement théorique l'existence de la dipsomanie morphinique. L'observation que nous rapportons nous semble devoir infirmer cette manière de voir, car il s'agit là d'une femme sujette à des obsessions et impulsions multiples avant, pendant et après sa morphinisation, et qui s'est révélée non seulement comme dipsomane de morphine, mais comme dipsomane d'alcool, ce qui relève d'un mécanisme pathogénique tout à fait identique. La similitude entre les deux modalités obsédantes a même été portée à ce point que la malade en question a satisfait un jour l'obsession et l'impulsion à se morphiniser en buvant deux gorgées d'une solution de cette substance, ce qui n'arrive jamais chez les sujets atteints du morphinisme chronique habituel, l'injection sous-cutanée étant seule prisée par eux.

On remarquera encore ici la facilité avec laquelle ont guéri la plupart des accès de morphinomanie, ainsi que la diversité des accidents observés : impulsions à marcher, à frapper, à briser les

(1) Le terme de morphinomanie employé par beaucoup d'auteurs pour désigner la plupart des cas de morphinisme chronique est impropre et devrait être réservé aux seuls cas exceptionnels comme celui que nous rapportons ici ; de là cette dénomination de dipsomanie-morphinique, ou morphinomanie vraie (Magnan) destinée à éviter toute confusion dans la nomenclature.

(2) Cette observation est extraite d'un mémoire inédit sur le morphinisme et la morphinomanie qui a été couronné par l'Académie de médecine. (Antheaume et Leroy, prix Falret 1896.)

objets souvent suivies d'accomplissement de l'acte, préoccupations génitales à forme obsédante avec perversion sexuelle, obsessions hallucinatoires très remarquables consistant surtout dans la vue et l'audition du mot morphine ; troubles psycho-sensoriels obsessionnels touchant la morphinisation (parfois influencés par un léger appoint alcoolique), idées et tentatives de suicide à l'aide de la morphine, etc... Nous n'insisterons pas davantage sur la réunion chez notre sujet de ces diverses manifestations pathologiques qui légitiment encore davantage le diagnostic posé ; qu'il nous soit simplement permis d'ajouter qu'étant donné la rareté des dipsomanes alcooliques par rapport au nombre des buveurs, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on n'ait pas encore rencontré de dipsomorphinomanes avérés parmi les morphiniques relativement peu nombreux dont on a jusqu'ici publié les observations.

Observation

Estelle B..., celibataire, 32 ans, entre dans le service de M. Magnan à l'Asile Sainte-Anne, le 11 février 1895.

Antecedents héréditaires. — Père sobre, mais emporté et très violent ; mère desequilibrée, migraineuse : grand-père maternel alcoolique ; un oncle et une cousine germaine maternels se sont suicides.

Antecedents personnels. — Rougeole à 8 ans. Réglée à 12 ans, assez regulièrement dès le debut. A 14 ans, fièvre typhoïde ?

Estelle a ete elevee par sa grand'mère jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle a toujours ete très impressionnable et très émotive. Elle était souvent en proie à des obsessions et à des impulsions de nature variee, qu'elle ne pouvait maîtriser, dit-elle, et qui la faisaient considerer comme une enfant terrible. A l'âge de dix ans, notamment, elle a ete « torturee par des pensees irrésistibles ». Souvent il lui est arrive, à cette époque, d'être obsedee par l'idee de voyager ; dans la crainte d'être grondee elle résistait d'abord, « mais c'etait plus fort qu'elle » ; bientôt elle abandonnait la maison sans prevenir personne, incapable de resister à la tentation, tranquille seulement quand elle avait satisfait son desir. Elle disparaissait ainsi parfois pendant toute la journee, errant dans la campagne au risque de se perdre, et ne revenant le soir que quand elle ne se sentait plus poussee à marcher. Un matin elle alla jusqu'à emmener son jeune frere, l'idee obsedante s'étant emparee d'elle pendant qu'elle faisait avec lui une course chez une voisine. Elle ne rentra qu'à la nuit, laissant ses parents dans une vive inquietude.

Jeune fille elle eut des obsessions du même genre. A maintes reprises il lui venait à la pensee de briser quelque chose, un vase, par exemple ; elle ne pouvait surmonter son desir et en souffrait

de guerre lasse, elle se précipitait sur le vase, qu'elle jetait violemment à terre.

A seize ans elle quittait sa famille pour vivre avec un amant.

A l'âge de 19 ans elle fut prise de violentes névralgies faciales que son médecin ne put calmer qu'avec des injections de morphine. Elle n'en fit pendant quelque temps qu'un usage restreint, se piquant uniquement à l'occasion de ses douleurs, une fois par semaine environ.

Les névralgies disparaissaient comme par enchantement et la malade ressentait un calme extraordinaire ; elle voyait une pluie d'étoiles d'or tomber devant ses yeux et se croyait transformée ; il lui semblait qu'elle n'avait plus de corps, qu'elle aurait pu monter dans l'atmosphère comme un oiseau. Le médecin, s'apercevant que sa cliente augmentait progressivement les doses de morphine, fit tous ses efforts pour la faire renoncer à l'usage de ce médicament. Il lui en montra les dangers, et Estelle essaya plusieurs fois de résister à l'entraînement, mais en vain.

Il se manifesta très vite un grand changement dans son caractère. Elle devint acariâtre, violente, cherchant querelle à tout le monde, la piqûre seule la faisant redevenir douce, agréable, et son amant ne chercha bientôt plus à l'arracher à la morphine, car sans celle-ci la vie à deux serait devenue intolérable.

La malade faisait deux injections par jour, en se levant vers les 10 heures du matin et avant de se coucher, vers minuit. Elle augmenta rapidement la dose ; la quantité de morphine injectée était de un gramme par jour environ, six mois après le début de l'intoxication. Il lui arrivait quelquefois de se piquer dans une veine, ce qui lui provoquait une sensation particulière de chaleur dans tout le corps, ses tempes battaient, elle ressentait des milliers de piqûres dans les mains, puis sur toute la peau ; elle devenait d'une pâleur livide, tous ces symptômes disparaissaient au bout de quelques minutes.

La constipation devint bientôt habituelle, l'appétit diminua au point qu'il lui était impossible de manger sans avoir eu sa piqûre. Elle dormait peu, sans cauchemars, ni hallucinations toutefois ; (la morphine la faisait tomber dans un demi-sommeil, mais elle ne perdait pas connaissance et se rendait compte de ce qui se passait autour d'elle). Elle se sentait dormir ; elle se trouvait dans une demi-ivresse toute psychique, voyant défiler devant ses yeux des objets bizarres et des paysages étranges.

Estelle B.. éprouva durant les premiers mois une excitation génitale intense. Jusque là réservée et pleine d'affection pour son amant, elle devint peu à peu cynique. Elle avait des passions étranges, s'amourachant du premier venu, quittant son domicile, au risque de perdre son amant, pour ne rentrer qu'après plusieurs jours de débauche.

Au bout d'une année environ, son excitation sexuelle se trans-

forma en une aversion insurmontable pour l'homme, qu'elle conserva du reste jusqu'à son entrée à l'Asile.

Elle devint follement amoureuse d'une autre femme qu'elle contemplait et admirait durant des heures entières, et qu'elle comblait de cadeaux : argent, robes, bijoux. A son dire elle n'aurait jamais eu de rapports sexuels avec cette personne.

Deux ans plus tard, Estelle était arrivée à prendre deux grammes de morphine par jour, dose continuée pendant 8 ans. Elle achetait la morphine en poudre, de peur que le pharmacien ne lui donnât une solution trop faible et fit partager sa passion à son amant qui devint morphinique sur ses conseils. Sous l'influence de ces abus de morphine la malade maigrit considérablement, perdit ses cheveux, et cette femme qui avait été soigneuse, distinguée et élégante, devint une machine incapable de toute initiative, négligeant sa personne, recherchant la solitude, laissant la société et vivant confinée dans son appartement, avec des flacons de morphine et des cigarettes.

Le monde était si peu de chose pour elle qu'ayant accompagné en 1886 son amant en Algérie, elle ne prit pas la peine de quitter sa chambre, ne voulut faire aucune excursion, et revint en France sans avoir rien vu ni observé. La morphine était son seul but dans la vie. Elle pratiquait ses piqûres matin et soir, et lorsqu'elle n'avait pas tout ce qu'il lui fallait à l'heure dite elle tombait dans un état d'excitation incroyable, poussant des cris, grinçant des dents, se roulant par terre, cassant ce qui se trouvait à sa portée. Elle était prise d'éternuements, de mouvements convulsifs des bras et des jambes, sans perte de conscience ; ressemblant, dit-elle, à une bête sauvage ; en 1889, elle alla jusqu'à donner un coup de couteau à son ami qui ne lui procurait pas la morphine assez rapidement. Lorsqu'elle était dans cet état, l'injection de morphine pouvait seule la calmer.

Aussi était-elle toujours munie d'un attirail de morphinique, ne s'absentant jamais sans morphine, renfermant des seringues et des paquets dans ses poches, dans ses gants, dans son porte-monnaie.

Le récit suivant fait par Estelle montre bien son état d'esprit :

« En 1887, revenant avec mon ami d'un voyage en Italie, la mor-
« phine me manqua en arrivant à Marseille, je ne voulus pas con-
« tinuer le voyage, et sans m'inquiéter si nos billets seraient per-
« dus, je courus chez un pharmacien. Il ne voulait pas me donner
« de morphine sans ordonnance ; mais la peur de perdre du temps
« en allant voir un docteur, me fit supplier avec insistance ; je
« lui montrai la seringue de Pravaz, mes cuisses abîmées par les
« piqûres (car le besoin de morphine m'ôtait toute pudeur). Il finit
« par me vendre deux grammes de morphine pour 20 francs ; j'é-
« tais tellement heureuse que j'aurais volontiers donné le double.

« Cet incident me dégoûta du voyage ; je revins seule à Nice, et

« pendant les huit jours que mon ami me laissa isolée, je n'ouvris « la porte de ma chambre qu'à ma bonne, qui m'apportait la mor- « phine, et ne fis pas quatre repas...»

La malade avait l'habitude de faire ses piqûres sur les bras et les cuisses ; elle prenait grand soin de ses seringues, aussi n'eut-elle que quatre abcès en douze ans, et encore seulement pendant la deuxième année de l'intoxication.

Estelle B.. essaya quelquefois d'abandonner ses pratiques morphiniques ; mais elle n'y put parvenir. L'absence de morphine lui donnait des nausées, de la diarrhée et des étourdissements tels qu'elle tombait sur son lit, sans pouvoir remuer malgré ses efforts surhumains. Ces étourdissements survinrent plus tard à la suite du moindre retard apporté à la piqûre.

La mémoire diminua progressivement. La malade oublia d'abord les faits récents, puis les faits anciens ; il lui arrivait parfois de retrouver de l'argent ou des objets dont elle avait totalement perdu le souvenir. L'amnésie devint telle qu'il lui était impossible de rien retenir, ni son âge, ni son adresse ; et deux ans avant d'entrer à l'Asile, elle était forcée d'attacher à sa ceinture son porte-monnaie, son parapluie, son fichu, de peur de les oublier.

Sur son organisme profondément débilité par la morphine, la déséquilibration mentale primitive se montra avec plus de force que jamais, et les syndrômes épisodiques qu'elle avait présentés dès son enfance se manifestèrent avec plus d'intensité qu'autrefois.

« A maintes reprises, nous raconte-t-elle, il m'arriva des idées « auxquelles il m'était impossible de me soustraire. Etant, par « exemple, à Nice, où je passais l'hiver, je ressentais de temps en « temps un mortel ennui ; j'étais sombre, agacée, je pensais que « je me plairais mieux à Paris ; dès lors cette pensée s'installait en « moi, tellement tenace qu'il me fallait partir malgré moi. Je souf- « frais tellement que je ne pouvais attendre au lendemain ; je fai- « sais mes malles à la hâte, et je me rendais à la gare, dussé-je « attendre le train une demi-journée sur le quai ; je ne retrouvais « le calme qu'en chemin de fer. »

Estelle B... a eu parfois de véritables accès de dipsomanie alcoolique. Trois ou quatre fois par an il lui est arrivé de devenir taciturne, d'humeur inégale ; et si dans cet état d'esprit elle passait devant un débit de boisson dont l'odeur de gros vin frappait son odorat, immédiatement l'idée de boire de ce vin s'emparait de son esprit. La malade luttait contre le désir envahissant ; elle trouvait ridicule de désirer un vin grossier alors que sa cave était bien garnie : elle s'arrêtait angoissée devant la porte du marchand de vins, partagée entre le désir de satisfaire son envie et la honte d'aller s'installer à un comptoir ; elle avait le cœur serré, les tempes lui battaient fortement, son malaise allait augmentant.

Estelle n'entrait pas dans le débit de boissons, mais courait à

son domicile d'où elle envoyait chercher par sa bonne deux litres de ce vin à 0 fr. 70 le litre. Elle les buvait, aussitôt à grands verres, coup sur coup, avec délices, et tombait étourdie, complètement ivre. Elle se réveillait, honteuse de son action qu'elle ne pouvait s'expliquer.

Un jour il lui vint à l'esprit l'idée de manger un savon. Elle resta une heure à le regarder, hésitant à satisfaire une pareille envie. Enfin elle ne put résister à la tentation, et mangea avec volupté la moitié du savon.

Une obsession non moins étrange fut celle de piquer les yeux des personnes assises devant elle, en omnibus ou au restaurant.

« Ce fut, dit-elle, une simple pensée qui traversa d'abord mon « esprit, puis, peu à peu, une véritable obsession. Il me semblait « que j'éprouverais une grande jouissance à enfoncer une aiguille « dans un œil ; je me représentais en imagination l'effet produit « par cette aiguille, l'œil vidant son contenu sur la figure. Cette « obsession était tellement forte que, de peur de succomber, je me « levais et rentrais chez moi. »

Vers 1892, les nuits d'Estelle B..., jusque là calmes, agréables, se passant dans un monde d'idées tranquilles et sereines, furent troublées par des cauchemars et par des hallucinations terrifiantes attribuables en partie à quelques excès d'alcool commis à l'époque par la malade. Elle voyait des serpents se dresser devant elle d'un air menaçant ; des bêtes hideuses qu'elle avait peur de toucher.

A la fin de cette année, elle perdit son amant. Cette perte la laissa complètement indifférente ; elle ne versa pas une larme ; elle avait perdu tous sentiments affectifs, ne vivant que pour la morphine : « J'ai honte de le dire, nous déclarait-elle plus tard, mais cette perte ne me laissa aucun regret. »

Cette mort eut cependant une conséquence pour Estelle. Effrayée de voir son ami succomber à la suite de ses habitudes morphiniques, elle eut peur de mourir à son tour, et elle eut la force de diminuer progressivement la dose de deux grammes à laquelle elle était habituée depuis huit années et de la réduire à un gramme. Cette diminution ne se fit pas sans de grandes souffrances ; elle occasionna à la malade des éternuements se prolongeant des heures, une sensation de froid que dissipait rapidement l'injection. Estelle avait des vertiges, des nausées, des larmoiements ; son caractère était devenu sombre, mélancolique ; la vie lui était à charge, elle aurait voulu mourir.

Le décès de son ami avait supprimé les ressources de la malade. Elle tomba bientôt dans la misère, n'ayant plus le courage de travailler et devenue indifférente à tout. Elle restait au lit la plus grande partie du temps, se levant seulement au moment des repas, pour prendre un peu de nourriture, recherchant la solitude, fermant la porte de sa chambre à ses amies les plus intimes. Les re-

montrances qu'on lui adressait lui occasionnaient des colères furieuses, pendant lesquelles elle cassait ce qui se trouvait à sa portée.

La malade avait perdu le goût de la lecture ; le moindre travail, la moindre attention lui étaient impossibles. « J'étais tombée, dit-« elle, dans un tel état d'abjection qu'il me fallait faire des efforts « surhumains pour me tenir à peu près propre ; je restais plu-« sieurs jours sans faire ma toilette. Je ne savais plus ce que je « faisais, et en 1893 je mis le feu à mon appartement sans m'en « apercevoir, ce fut la fumée et la sensation de chaleur qui m'éveil-« lèrent. »

Avec l'année 1894, Estelle fut prise d'hallucinations de la vue. Lorsqu'elle portait son regard sur un livre, elle voyait une tache rouge du diamètre d'une pièce de cinquante centimes qui sautait ; lorsqu'elle déplaçait ses yeux, elle voyait le point rouge sauter sur ses draps, sur le mur, sur sa peau.

Pendant cette même année, le sommeil devient de plus en plus rare. Au lieu des nuits calmes que la malade passait autrefois, il lui arrivait de rester plusieurs jours sans sommeil, souffrant de secousses nerveuses qui la faisaient sauter dans son lit. Les hallucinations étaient devenues de plus en plus nombreuses et terrifiantes.

« Je voyais, dit-elle, des bêtes partout où se portaient mes re-« gards ; des serpents se dressaient sur mes pas, ils étaient hideux « et avaient deux têtes qui me menaçaient. Je croyais aussi que « j'avais une grenouille ou un crapaud dans le corps ; je le sen-« tais monter de l'estomac à la gorge ; je l'entendais faire : toc, « toc, pour sortir, et l'inquiétude que j'avais en entrant à l'Asile « fut que cette bête, qui devait être habituée comme moi à la mor-« phine, ne mourût dans mon ventre et ne m'empoisonnât. »

La perte de mémoire était devenue telle pendant l'année qui précéda son entrée à l'Asile qu'il lui arriva plusieurs fois étant sortie de la chambre où elle habitait d'oublier son chemin et de ne pouvoir entrer chez elle. La malade a ainsi laissé des vêtements et des reconnaissances du Mont de Piété dans plusieurs maisons, sans avoir jamais pu se rappeler l'adresse.

La dépense que lui occasionnait la morphine l'obligea à vendre peu à peu tout ce qui lui restait de son opulence passée : tableaux, objets d'art, bijoux, furent portés au Mont de Piété.

« J'ai donné, dit la malade, au pharmacien un tableau qui valait « 500 francs pour vingt grammes de morphine. Je ne regrettais « rien, car l'avenir ne m'inquiétait pas : tout m'était indifférent, « pourvu que j'eusse quelque argent pour le pharmacien. »

Au commencement de l'année 1895, Estelle B... se trouve sans aucune ressource et ne pense plus qu'à mourir. Le 25 janvier, elle tenta de s'empoisonner en avalant deux grammes de morphine,

après s'être fait une injection sous-cutanée de cinquante centigrammes.

Elle tomba alors dans un état de somnolence particulier. Elle n'éprouvait aucune souffrance ; il lui semblait qu'elle pesait un poids énorme, que les jambes avaient été coupées, car elles étaient insensibles au toucher. La malade fut conduite à Cochin par les voisins, et on s'empressa à l'hôpital de lui faire un lavage d'estomac.

Estelle B... rentrait chez elle le 28 janvier, et sous l'influence d'une nouvelle injection, tombait pendant vingt-quatre heures dans un état d'inconscience absolue.

Elle fut alors conduite à l'hôpital Laënnec, d'où on l'envoya à l'Asile Sainte-Anne.

A son entrée dans le service de l'Admission, le 11 février 1895, la malade est calme, mais se plaint de maux de tête, de fatigue. « Elle est toute courbaturée », dit-elle. Elle demande a être démorphinisée progressivement.

Le pouls est petit, fréquent, 100 pulsations ; les bruits du cœur sont sourds, mal frappés, sans intermittence. A la base et au premier temps léger souffle se prolongeant dans la direction de l'aorte. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. La sensibilité douloureuse est très diminuée, surtout du côté gauche. Les réflexes rotuliens sont absents. Les cuisses sont tatouées de points noirs et couvertes de nodosités sous-cutanées, présentant à leur surface une coloration violette.

Le traitement institué aussitôt par M. Magnan est le suivant : 0.10 centigr. de chlorhydrate de morphine par jour ; 0.05 centigr. à 10 heures du matin et 0 gr. 05 centigr. à cinq heures du soir. 3 gr. de chloral et 0.20 centigr. d'extrait gommeux d'opium en pilules pour la nuit ; régime tonique, café et banyuls.

Les urines sont rares, chargées en urate, mais sans albumine, ni sucre.

Les règles ont cessé complètement depuis cinq ans.

La mémoire fait presque entièrement défaut. Estelle ne peut donner aucun renseignement précis sur la maladie, elle ne sait ni l'année, ni la date du jour.

L'examen journalier de la malade nous a donné les résultats suivants :

12 *février*. — La malade n'a pas dormi, malgré le chloral et l'opium. Elle a crié et pleuré toute la nuit : elle n'a pas de diarrhée, mais de violentes coliques. Elle essaie de lire, mais elle ne peut fixer son attention et voit en gros caractères le mot morphine écrit sur un livre. Elle n'a pu déjeuner, mais a bien dîné.

Elle réclame avec instance la piqûre dès qu'arrive l'heure fixée.

14 *février*. — Insomnie ; la malade a été torturée par l'idée obsédante de donner un coup de couteau à une amie. Elle a été cependant plus calme et n'a pas crié.

Elle ne veut ni se lever, ni se débarbouiller ; elle entend constamment une voix qui dit à ses oreilles : « Morphine, morphine. »

Diarrhée, sensation de froid ; douleurs dans tous les membres ; éternuements constants. Sueurs profuses.

15 *février*. — Idée obsédante de percer les yeux d'une voisine avec une épingle. Elle est obligée de retourner à l'infirmerie, tant elle souffre de ne pouvoir satisfaire son désir.

Plus de diarrhée.

17 *février*. — Elle écrit : « Je souffre beaucoup, la piqûre ne me donne qu'une demi-heure de soulagement : j'ai des crises d'éternuement qui durent dix minutes ; j'ai mal à la tête et j'ai froid ; je souffre plus que les premiers jours, la diarrhée est revenue ; depuis plusieurs nuits, je rêve la morphine dès que je m'assoupis, je vois des seringues et des aiguilles qui prennent des formes étranges et se recourbent ; je veux me piquer, mais les aiguilles se cassent. Il y a certainement à côté de moi une personne qui me menace de me jeter dans un fossé ; si je prends de la morphine pendant le jour, je ne pense aussi qu'à la morphine ; je voudrais l'oublier, c'est plus fort que moi. »

18, 19 *et* 20 *février*. — Les nuits sont agitées ; la malade a des coliques et de la diarrhée, pas de nausées. Elle éternue souvent et souffre de tout le corps. Elle éprouve une angoisse indéfinissable, elle croit étouffer. Elle est très triste, se désole et veut mourir.

La malade a constamment des hallucinations de la vue ; lorsqu'elle regarde fixement devant elle, elle aperçoit des fantômes, des ombres, des paysages, des personnages qui vont, viennent et revêtent des costumes bizarres ; elle se rend parfaitement compte d'être le jouet d'une hallucination.

La nuit les hallucinations sont terrifiantes, la malade a peur de bêtes hideuses qui rampent sur son lit. Elle croit toujours avoir avalé un crapaud et que l'animal remonte à sa gorge, où elle le sent remuer et lui gêner la respiration.

22 *février*. — Estelle B... mange au déjeuner et au diner d'un bon appétit. Elle se plaint d'une sensation de froid qui ne l'a pas quittée depuis son entrée ; la diarrhée persiste. Lorsqu'arrive l'heure de l'injection, la malade éternue, pleure, se mouche ; elle souffre d'impatiences dans les jambes, ne peut rester assise et se promène dans une attente fébrile. Dix minutes après l'injection elle est calme, reprend courage.

La mémoire est toujours si affaiblie que si on l'envoie chercher un objet, elle oublie en route ce qu'on lui a demandé.

Pas de troubles de l'ouïe, pas de crampes, pas de fourmillements. Les mains sont le siège d'un léger tremblement qui l'empêche d'écrire et de tricoter.

24 *février*. — Les nuits sont bonnes. La malade s'occupe un peu dans le service. Elle décrit son état en ces termes ;

« Depuis deux jours, je reprends courage. Je n'ai plus les idées « tristes qui me faisaient désirer la mort. J'éternue toujours, mes « yeux pleurent, je suis glacée de froid. Je souffre de toutes les « articulations ; lorsque je suis au lit je me raidis malgré moi « comme un morceau de bois ; je suis aussi fatiguée que si j'avais « fait une longue course.

« J'éprouve un grand changement dans mon état d'esprit ; je « prends intérêt aux choses qui m'entourent. On m'offrirait de sor- « tir, je refuserais, préférant guérir, alors que les premiers jours « j'avais la pensée de m'en aller, coûte que coûte. »

Les hallucinations persistent pendant le jour, sous forme de fantômes, de paysages, de points rouges qui se déplacent, d'hommes difformes, d'animaux étranges.

Le sommeil de la malade est troublé par des cauchemars continuels se rapportant à la morphine : elle rêve qu'elle se fait une injection, l'aiguille casse et la seringue prend des aspects fantastiques ; ou bien elle se croit poursuivie par des serpents qui se dressent sur leur queue pour la mordre. Le tremblement des mains persiste. La malade n'a pas de vertiges, mais un léger mal de tête continu.

26 *février*. — Les hallucinations disparaissent complètement, après avoir diminué progressivement d'intensité.

« J'ai mal dans le dos; je suis fatiguée comme si j'avais fait vingt « lieues. Par instants je suis très abattue ; à d'autres moments je « suis agacée. Je me mets à rire aux éclats sans savoir pourquoi. « Mes membres ne tremblent plus. J'ai toujours l'idée de morphi- « ne en tête, et la nuit dès que je m'assoupis, je rêve seringues et « aiguilles. J'ai la tête vide, je pleure et je ris sans motif.

« La piqûre m'ayant été faite un peu tard le soir, je n'y tenais « plus ; mes yeux pleuraient, j'éternuais à chaque minute, je souf- « frais horriblement. »

Le pouls est petit et fréquent.

Les pupilles sont dilatées et réagissent faiblement à la lumière.

28 *février*.— La malade est toute surprise de son amélioration. Elle n'a plus froid comme autrefois ; elle s'occupe, va faire des courses : « C'est étonnant, dit-elle, il y a tant d'années que j'étais mollasse. » Elle est gaie, contente de guérir.

La mémoire revient légèrement. Estelle peut faire des commissions, elle se rappelle les faits qui se sont passés il y a plusieurs années, mais non ceux qui ont précédé son entrée à l'Asile.

3 *mars*.— Apparition des règles ; elles sont abondantes au point de forcer la malade à garder le lit. Elle souffre de la tête, perd l'appétit et redevient mélancolique. Elle a, dit-elle, les bras et les jambes comme du coton.

Les règles durent 4 jours, et le 7 mars la malade retrouve l'a-

mélioration dont elle jouissait antérieurement. Elle est calme, lucide, gaie, mais par moments elle songe aux sensations délicieuses qu'elle éprouvait autrefois. Elle devient sombre, se met à pleurer, et avoue que, si elle en avait le pouvoir, elle n'hésiterait pas à se faire une injection.

14 *mars*. — On supprime l'injection de morphine du matin ; la malade, désappointée, pleure et refuse de manger. Cette colère est de courte durée, la gaieté revient au bout de quelques heures.

17 *mars*. — On supprime complètement la morphine, et cette suppression ne s'accompagne d'aucune douleur.

« Cela ne m'a rien fait, dit la malade. A mon grand étonnement « je me suis endormie comme les autres jours. Je ne suis plus la « même ; je ris, je chante, alors qu'autrefois j'étais toujours triste, « désagréable, aimant la solitude. Je suis surprise de voir les ré- « sultats obtenus en si peu de temps. »

Au moment de la suppression, la malade prend pendant la nuit 0.20 centigr. d'extrait d'opium et 4 gr. de chloral.

Quelques jours après, les pilules ayant été mal préparées par erreur, l'insomnie et l'agitation reviennent. Estelle se mord les poings, se tord les bras, saute dans son lit. Le calme et le sommeil reviennent avec des pilules renfermant la dose prescrite d'opium.

23 *mars*. — Huit jours après la suppression totale de la morphine, nous notons les symptômes suivants :

Mémoire très améliorée ; cette restitution se fait progressivement, les faits revenant d'autant mieux qu'ils se sont passés à une époque où l'intoxication était moins ancienne.

Caractère gai, enjoué ; les idées mélancoliques ont disparu.

Pouls fort, vibrant à 90 pulsations. Bruits du cœur normaux, sauf à la base où ils sont sourds. Pupilles légèrement dilatées, réagissant à la lumière. Les yeux pleurent et occasionnent une sensation de brûlure. Absence de réflexes rotuliens. Aucune souffrance physique ni morale. La malade est très frileuse, mais elle se réchauffe avec des couvertures, alors qu'autrefois la sensation de froid était impossible à dissiper.

Depuis qu'on a cessé les injections la malade ne désire pas de morphine ; elle n'y pense pas et s'en trouve tout étonnée.

Le 29 *mars*. — Les règles font leur apparition pour la seconde fois. Elles s'accompagnent de malaises, de céphalée, d'alternatives de froid et de chaud. La malade perd le sommeil et redevient mélancolique. Tous ces symptômes disparaissent au bout de quelques jours.

A partir de cette date, Estelle B... va très bien. Elle s'occupe dans le service et a retrouvé sa gaieté. La mine est fraîche et rosée, l'embonpoint manifeste. L'opium est supprimé à la fin d'avril. Cette suppression paraît à la malade plus pénible que celle de la morphine ; elle s'accompagne d'insomnie, de cauchemars et de

palpitations qui n'ont cédé que sous l'influence du traitement hydrothérapique institué à cette époque.

Le mois de mai et le commencement de juin se passent sans que nous ayons rien à signaler. La malade est parfaitement guérie, elle ne pense nullement à la morphine, se félicite de son amélioration ; les règles viennent régulièrement. Estelle compare son état actuel avec celui d'autrefois, où elle n'était qu'une machine incapable d'initiative, et se promet bien de ne plus recommencer : elle souffre cependant de temps en temps d'insomnie.

Le 25 juin, nous remarquons qu'Estelle B.. devient triste ; elle évite de parler, est réticente ; lorsqu'on l'interroge au sujet de la morphine, elle s'isole dans sa chambre. Nous sommes tout surpris d'apprendre quelques jours après que la malade a ouvert en cachette le placard où était placée la solution et s'est faite plusieurs injections.

Par quel mécanisme a succombé cette femme, qui depuis trois mois était guérie et maudissait sa passion ; c'est ce qu'une analyse exacte des faits va nous apprendre.

Estelle B., avons-nous dit, avait changé de caractère aux environs du 25 juin. Elle paraissait tout autre à ses compagnes ; elle était triste, inquiète, mal à l'aise, elle ne dormait plus. Dans cet état d'esprit, elle se disait en elle-même : « Une petite piqûre me fera du bien. » C'est ainsi que l'idée de la morphine s'est installée en elle. La malade chasse ce désir, elle voudrait y échapper ; mais l'idée de morphine, d'abord intermittente, envahit de plus en plus son esprit. Elle prend progressivement la première place dans les préoccupations d'Estelle B., elle devient de plus en plus tenace, de plus en plus envahissante, aussi la malade devient-elle mélancolique ; elle lutte contre cette idée qu'elle réprouve, mais qu'elle ne peut parvenir à repousser ; elle éprouve une vive angoisse, elle sent son cœur battre dans sa poitrine, elle se cramponne en quelque sorte contre elle-même ; mais tous ces phénomènes s'accentuent à mesure que la lutte devient plus vive. Puis le mal a fait son œuvre. la chose est décidée, la lutte cesse. Estelle B.. est possédée entièrement par l'idée d'arriver à l'acte ; elle se dit que la morphine est dans le placard, qu'elle pourra peut-être s'en emparer.

Elle prend une fourchette et en tremblant s'approche du placard.

Là, la lutte recommence. Va-t-elle, pour un moment de satisfaction, perdre le fruit de quatre mois de traitement ; va-t-elle recommencer sa vie misérable ? Non, elle redit : je ne succomberai pas, et elle s'éloigne de l'objet de sa convoitise. Mais l'idée obsédante ne lui laisse pas une minute de répit. La malade souffre le martyre ; n'y tenant plus, vaincue, elle revient, après deux heures de lutte devant le placard. Elle n'a plus la force de résister ; son esprit ne pense plus qu'à la satisfaction de l'acte à accomplir. Elle force la serrure, se précipite sur le flacon tant désiré, prend la seringue et, ivre de joie, se fait coup sur coup cinq piqûres. Elle va

ensuite se coucher sur son lit pour mieux goûter à son bonheur.

Le lendemain, aux représentations qui lui sont faites, elle ne sait que répondre ; elle est honteuse de son action, furieuse contre elle-même, et se demande comment elle n'a pas eu le courage de résister.

Il n'est pas besoin de lui faire de remontrances, car elle est la première à déplorer son impulsion qu'elle maudit.

Après cette crise, Estelle B.. retrouve toute sa gaieté, elle retourne à ses occupations et ne pense plus à la morphine.

Le 8 juillet, les règles viennent pour la cinquième fois.

Le 11 juillet, entre dans le service une nouvelle morphinique. Les deux femmes se lient d'une étroite amitié. Estelle B.. assiste quelquefois aux injections faites à sa compagne. Cette vue la met les premiers temps de mauvaise humeur ; elle pense avec regret aux sensations délicieuses que lui procurait jadis la morphine, mais ces regrets font bientôt place à une indifférence complète.

Dans les premiers jours d'août, Estelle B... devient de nouveau mélancolique ; son caractère, qui est enjoué, devient inégal, difficile, agressif même. La malade ne travaille plus ; elle se promène dans le couloir, ne parlant à personne, elle fait en sorte de se trouver présente aux heures où sa compagne reçoit son injection.

Estelle B.., nous avoue qu'elle est torturée en ce moment par l'idée de morphine. « J'y pense constamment depuis plusieurs jours. « Je voudrais chasser cette idée, c'est plus fort que moi. Malgré « les ennuis causés par cet affreux vice, je ne puis plus en avoir « horreur. »

Elle bâille, ses yeux pleurent, elle se sent glacée, elle ne dort plus. La nuit, elle voit sur son lit de gros lézards ; elle se rend compte qu'elle est le jouet d'une hallucination, mais elle ne peut surmonter sa frayeur. Elle quitte son lit et se couche par terre, enveloppée d'une couverture.

Cependant la malade lutte et essaie de se débarrasser de l'idée qui a envahi peu à peu tout le champ de sa conscience.

Estelle B... éprouve une constriction à la région épigastrique, elle étouffe. Lasse de souffrir, elle erre à l'aventure dans les salles, cherchant une occasion de satisfaire son envie ; l'occasion se présente par hasard.

Une infirmière a laissé par inadvertance ses clefs sur une chaise ; Estelle s'en empare adroitement et trompant toute surveillance ouvre le placard où elle sait qu'on renferme d'ordinaire la solution de morphine pour injections hypodermiques : « Je risquais fort de me faire pincer dit-elle, mais il n'y avait plus moyen d'y tenir. » Elle s'empare fièvreusement du flacon et sans prendre le temps d'armer une seringue en avale avidement deux pleines gorgées. Boire de la morphine lui semble devoir ainsi calmer plus vite son obsession et de fait elle éprouve après avoir accompli cet acte dipsomaniaque une satisfaction intense.

La crise terminée, la malade déplore son action ; elle se remet au travail et retrouve sa bonne humeur ; mais le lendemain seulement, car à la suite de cette prise de morphine à l'intérieur, elle eut de l'insommie, des cauchemars, une sensation de fatigue intense, et n'éprouva à aucun moment de l'euphorie.

Le mois d'août se passe sans que nous ayons rien de particulier à signaler.

Le 27 *septembre*, Estelle B.., qui attend ses règles, se sent agacée, énervée, et prévoit une nouvelle crise. Laissons-lui la parole :

« J'étais contente d'être guérie. Je ne pensais plus à la morphine « lorsque je me sens devenir triste ; je souffre dans les bras, les « genoux ; on dirait qu'on me désarticule. L'idée de morphine me « prend malgré moi ; je me mets dans un coin, je suis désagréa- « ble, de mauvaise humeur, je ne me débarbouille plus, je n'ai de « goût à rien. Il m'est impossible de dormir pendant la nuit. Je « pense de plus en plus à la morphine, au point de devenir ma- « lade. Je voudrais n'y plus penser, car cette pensée m'est trop pé- « nible, impossible. Je bâille, mes yeux pleurent, j'ai froid dans le « dos, j'étouffe, je suis inquiète, j'attends je ne sais quoi ; je paie- « rais de ma vie une piqûre ; voilà deux mois que je n'y ai son- « gé. »

Cet état d'angoisse cesse brusquement au bout de trois jours, avec l'apparition des règles.

Le 18 *octobre*, Estelle B., qui, depuis trois semaines, jouissait d'une parfaite santé et ne pensait plus à la morphine, est de nouveau en butte à une obsession revêtant absolument les mêmes caractères d'irrésistibilité et d'angoisse que précédemment.

C'est en balayant, dit-elle, que l'idée de morphine me prit. « Je lâchai tout pour remonter dans ma chambre. » L'état de lutte et de mélancolie dura trois jours, puis la malade se sent subitement guérie, débarrassée de l'horrible obsession.

Depuis cette époque, Estelle B.. est absolument normale. Elle est gaie, propre, travailleuse ; elle dort bien, a bon appétit. On ne reconnaîtrait plus en la voyant la morphinomane d'autrefois.

Cet état de guérison s'étant continué sans nouvelles obsessions, la malade est rendue à la liberté.

Sortie de l'Asile le 29 novembre, Estelle B.. se sent très bien portante ; elle est courageuse, propre, soignée de sa personne, elle aime la compagnie et va plusieurs fois au théâtre avec plaisir. Son caractère, autrefois mélancolique et irritable, est devenu doux et enjoué. Elle mange bien, mais dort mal la nuit, sans cauchemars cependant.

La vue et l'ouïe sont normales.

Estelle B.. a la ferme intention de ne pas reprendre ses habitudes morphiniques et n'en éprouve plus du reste le besoin.

Au commencement de décembre, elle se rend pour acheter un médicament chez le pharmacien, son ancien fournisseur. Celui-ci

la complimente sur sa bonne mine et lui dit qu'elle a rajeuni de dix ans. Ils parlent longuement ensemble, et elle sort de la pharmacie sans même avoir l'idée de morphine dans l'esprit.

Le 15 décembre, la malade a ses règles. Elle est triste, sombre, désirant la mort et parlant d'en finir avec l'existence. Son humeur enjouée a fait place à un grand désespoir.

Subitement, se manifeste chez Estelle B.. l'envie folle de se faire une injection de morphine. Elle pense au bonheur qu'elle en éprouvait, mais la pensée de recommencer sa vie triste d'autrefois l'arrête. Il s'engage en elle une véritable lutte ; elle éprouve une sensation d'angoisse, une constriction à la région épigastrique et de peur de succomber, elle se renferme à clef dans sa chambre pour ne pas courir chez le pharmacien.

La malade éprouve de grandes douleurs dans les genoux ; elle a des vomissements alimentaires, mais pas de diarrhée ; elle perd complètement l'appétit ; l'insomnie est complète, sans cauchemars. Elle ne peut rester au lit tant elle se sent énervée ; elle se lève et se recouche alternativement ; ne pouvant trouver le repos, torturée par l'idée obsédante d'une injection de morphine ; elle veut mourir tant elle souffre. Cet état de choses dura trois jours, pendant lesquels elle ne sort pas de sa chambre de peur de succomber.

Estelle B. retrouve sa gaieté subitement un soir et se sent assez bien pour aller au restaurant avec des amis. Elle a totalement oublié la morphine et se montre gaie toute la soirée.

La crise est terminée, elle ne pense plus dès lors à la morphine ; elle reprend sa vie antérieure et se montre heureuse de vivre.

Malheureusement pour Estelle, elle revoit quelque temps après la morphinique Valentine D., dont elle avait fait la connaissance dans le service et qui a recommencé les injections. Les deux femmes ne se séparent plus et habitent la même maison. Estelle B... voit D.. se piquer sous les yeux sans en éprouver aucune envie, elle lui adresse même des remontrances sur ses mauvaises habitudes.

Cependant le 23 décembre, ressentant de grandes douleurs dans le ventre et attristée de se voir si souvent malade, la vue de son amie D., mollement étendue sur un canapé et goûtant en silence le bonheur d'une injection, fait songer à Estelle B.. qu'elle a sous la main le remède à tous ses maux. Sa compagne l'y engage de toutes ses forces et après une courte résistance Estelle B.. accepte une demi-piqûre d'une solution à 1/30, soit 0.03 centigr. de morphine.

« Une minute après, dit-elle, je ressentis une sensation de cha-
« leur dans tout le corps ; je devins rouge cramoisie. Au fur et à
« mesure que la morphine se répandait dans mon sang j'éprouvais
« un évanouissement si agréable qu'on ne saurait le décrire, une
« jouissance comparable à celle de l'amour, mais plus prolongée.

« J'étais immobile, je n'aurais pas remué pour un empire. J'éprou-« vais un grand calme, je ne parlais pas, tout entière à mon bon-« heur. » Cet état dura une demi-heure.

Le lendemain, Estelle B.. se fait deux injections, le surlendemain trois séries de deux ou trois injections. Elle augmente très vite la dose et en quelques jours elle arrive à 0,50 centigr. Les deux femmes vivent ensemble dans la même chambre, ne sortent plus, se passant la seringue à tour de rôle.

Estelle B., qui ne se piquait autrefois que matin et soir, arrive par le mauvais exemple à se faire des injections à chaque instant de la journée. Elle perd l'appétit ; la constipation revient. La nuit s'écoule dans un grand calme agréable : la malade est plongée dans une somnolence, ne pensant à rien. Dès qu'elle s'assoupit elle a des rêves étranges ; elle est transportée dans des pays inconnus. Elle rêve, mais n'a pas d'hallucinations.

En peu de temps la vue s'affaiblit, la malade a un voile devant les yeux. L'ouïe devint si dure qu'elle est obligée de faire répéter ce qu'on lui dit.

Aucune modification du goût, ni de l'odorat. La mémoire, déjà faible, diminue encore, la malade oublie au restaurant ses gants, son mouchoir ; il lui est impossible de rien retenir.

Le 13 janvier 1896, Estelle vient à l'Asile, faire une visite à la surveillante. Elle est pâle, amaigrie, les joues et les paupières sont œdématisées sans que l'urine contienne d'albumine.

Estelle B.. est anéantie. Il lui faut un effort surhumain pour se lever, se tenir propre. Elle est étonnée de la rapidité avec laquelle elle est retombée, et prend actuellement près d'un gramme de morphine par jour.

La malade commence à avoir des cauchemars pendant la nuit, des impressions pénibles au point de se réveiller en pleurant.

Les idées mélancoliques sont revenues, elle est triste, découragée et souhaite la mort.

Estelle, désolée d'avoir recommencé ses pratiques morphiniques, reconnaît que la fréquentation de D.. est la cause de sa rechute. Désireuse de guérir et sur notre conseil, elle rentre quelques jours après dans le service de M. Magnan à l'Asile Sainte-Anne.

A son arrivée, le 16 janvier 1896, Estelle B.. a la figure fatiguée, les traits tirés, le teint pâle et terreux ; elle a perdu sa bonne mine, sa gaieté ; elle est triste, sombre, et accuse des idées de suicide. La face est œdématisée, la colonne vertébrale est douloureuse à la pression. Le pouls est régulier, normal : 70 pulsations.

L'auscultation du cœur indique un léger souffle à la base du premier temps, se prolongeant dans la direction de l'aorte ; les bruits sont bien frappés, pas d'intermittence. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

La malade prend actuellement un gramme de morphine par jour.

Le traitement institué est le suivant : suppression brusque des injections ; 0.20 centigr. d'extrait d'opium en 24 heures ; régime tonique.

17 *janvier*. — La malade a dormi quelques heures pendant la nuit. Elle a rêvé qu'une amie lui donnait un flacon de morphine, mais que des hommes venaient le lui arracher des mains ; elle s'est réveillée couverte de sueur. Diarrhée ; ni nausées ni vomissements ; courbature généralisée ; douleurs abdominales, larmoiements, bâillements, sensation de froid ; les mains, les pieds sont cyanosés ; puis presque subitement, bouffée de chaleur et diaphorèse abondante. Estelle B.. souffre beaucoup et voudrait quitter l'Asile. Elle se trouve améliorée dès qu'elle prend quelques pilules d'opium.

18 *janvier*. — La malade est agitée pendant la nuit et déprimée pendant le jour ; elle a la diarrhée, des alternatives de chaud et de froid. Les battements du cœur sont réguliers et bien frappés.

Elle pense constamment à la morphine et se plaint d'avoir le cerveau absolument vide.

Estelle est triste et accuse des idées de suicide. La mémoire est plus faible qu'à son entrée, elle a diminué considérablement depuis la suppression brusque de la morphine. Il est impossible d'interroger la malade, on ne peut rien obtenir.

L'alimentation se fait assez bien cependant en ayant soin de faire prendre deux pilules d'opium avant l'heure des repas.

20 *janvier*. — Même état d'agitation pendant la nuit et de dépression durant le jour. Si la malade s'assoupit, elle rêve seringue et flacon de morphine.

Estelle B... éprouve de grandes douleurs dans les genoux. Par instants elle se sent glacée, elle grelotte de froid, puis elle est brûlante, le visage est rouge pendant quelques minutes.

La diarrhée et l'œdème de la face ont disparu.

On a supprimé 0,02 d'extrait d'opium par jour, de sorte que la malade prend actuellement 0.12 cgr. d'opium en 24 heures.

Le cœur continue à bien fonctionner ; aucune tendance au collapsus.

22 *janvier*. — Grande amélioration. Les nuits sont plus calmes Estelle B... se sent surtout malade le matin, et attend les pilules avec impatience. La journée se passe sans diarrhée, ni nausées, ni maux de tête ; la malade reste levée toute la journée et n'éprouve aucune faiblesse sur ses jambes, aucun vertige. Elle mange de bon appétit. Son poids a augmenté de 0.500 gr. depuis son entrée. Elle n'a plus de brouillard devant ses yeux. Le pouls est régulier, fort, 92 pulsations.

25 *janvier*. — La malade ne prend plus que 0.06 cgr. d'extrait d'opium. Malgré cette diminution rapide, l'état général est excellent ; elle se relève la nuit pour demander à manger.

Elle a cependant de la diarrhée de temps en temps.

28 *janvier*. — Suppression de l'opium. La malade est toute surprise de sa guérison ; elle est gaie, active, et se demande comment elle a pu se passer de morphine, elle qui est retombée dans la cachexie en si peu de temps. La mémoire revient peu à peu, les faits anciens étant encore bien vagues dans son esprit.

Cet état de guérison a duré trois semaines. Le 18 février. Estelle B.. se sent triste, mal à l'aise : « je suis dégoûtée de moi et des autres », nous dit-elle ; elle éprouve une fatigue générale, quitte son ouvrage et se retire dans sa chambre.

Soudain l'idée de morphine s'éveille dans son esprit ; il me faudrait une injection de morphine pour me remettre, se dit-elle. Peu à peu cette pensée devient prédominante. Estelle B... essaie de la chasser, mais en vain ; l'idée obsédante grandit peu à peu : « Je n'ai plus que cela en tête, j'en suis assommée. »

La nuit du 18 au 19 est très mauvaise, la malade ne pouvant rester couchée, se lève et se promène dans sa chambre.

Elle souffre le martyre de ne pouvoir se débarrasser de cette obsession ; elle se sent brûlante, son cœur bat : « Plus je lutte, « dit-elle, plus j'ai la fièvre, j'ai des soubresauts dans tous les « membres, j'entends à mes oreilles répéter le mot : morphine, mor- « phine ; je suis si malheureuse que rebutée, je voudrais à tout « prix une piqûre ; je me dis, comment faire pour me procurer de « la morphine, suis-je bête d'être revenue à l'Asile. »

Le 19 au matin, nous trouvons la malade allongée sur son lit, la peau brûlante, le pouls fréquent, elle est grossière, violente, emportée, son langage est caractéristique : « Je n'y puis plus *tenir*, « j'ai peur de devenir folle, je désire de la morphine au point d'en « mourir, je n'ai que cette idée en tête depuis hier. »

Même état d'angoisse et d'agitation pendant toute la journée ; Estelle B... refuse de manger et veut rester seule. La lecture lui est impossible si elle prend un livre ; le texte lui paraît incompréhensible, l'idée de morphine est si prédominante dans son esprit qu'elle aperçoit sur les pages le mot morphine. La nuit est meilleure, la malade moins préoccupée peut dormir deux heures.

Le 20 février la crise est passée. Estelle B... retrouve sa santé, se remet avec courage au travail et, oubliant la morphine, se demande avec stupéfaction « quelle folie lui a passé dans la tête ».

Sortie en liberté et par guérison le 26 juin 1896.

Depuis cette époque l'un de nous a eu l'occasion une année *plus* tard de revoir cette intéressante malade. Elle avait eu depuis sa sortie deux accès de morphinomanie et avait pu d'elle-même en ces deux occasions renoncer à la morphine une fois l'obsession et l'impulsion satisfaites sans retomber dans la morphinisation habituelle. Dans la suite nous sommes restés sans nouvelle d'Estelle B.., que nous avions pu suivre ainsi par nous-même dans son histoire morbide pendant un laps de temps de plus de deux années.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

NEUROLOGIE

LA PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ARTHRITIQUE

Par M. Klippel,
Médecin des Hôpitaux.

Les symptômes de l'évolution qui caractérisent la paralysie générale peuvent se rencontrer dans des maladies dont le processus histologique implique des affections différentes.

Parmi les maladies qui, sous ce rapport, se distinguent au plus haut degré de la paralysie générale inflammatoire (encéphalite inflammatoire infectieuse), il faut peut-être placer en première ligne les dégénérescences athéromateuses diffuses des capillaires et des cellules de l'écorce cérébrale. Aucune des maladies qui ont été décrites sous la rubrique « pseudo-paralysies générales » n'est peut-être *plus distincte comme maladie et plus analogue comme symptômes* par rapport à la méningo-encéphalite diffuse que la pseudo-paralysie générale arthritique ou athéromateuse.

Avant 1892, époque à laquelle nous l'avons isolée, de par ses lésions histologiques et de par sa pathogénie (1), plusieurs aliénistes, en particulier A. Voisin et Cullerre, avaient déjà remarqué la possibilité de l'athéromasie des artères cérébrales, dans la paralysie générale. Ce fait d'observation demeure incontestable, mais il doit être complété et modifié de la façon suivante :

1° Lorsque la méningo-encéphalite infectieuse diffuse (paralysie générale) est en coïncidence avec l'athéromasie cérébrale, la première de ces lésions est greffée sur la seconde, à titre d'infection secondaire : L'athéromateux est devenu paralytique général.

2° L'athéromasie des artérioles intra-corticales et les dégérescences diffuses des éléments nobles qui l'accompagnent peuvent, à elles seules, créer le syndrome paralytique.

C'est en isolant ces deux groupes de malades que nous avons pu démontrer l'existence de la pseudo-paralysie générale arthritique, à titre de maladie distincte.

Depuis notre premier travail nous avons plusieurs fois refait la même démonstration et nous y revenons encore aujourd'hui pour appuyer nos conclusions précédentes, à l'aide d'une observation nouvelle qui ne laisse rien à désirer sous ce rapport.

(1) De la pseudo-paralysie générale arthritique. *Revue de Méd.*, t. XII, 1892.

*
* *

L'athéromasie dont il sagit et dont les lésions corticales créent le syndrome paralytique, n'est pas une maladie localisée à l'encéphale; elle se montre ailleurs et sur l'ensemble du système artériel, sur l'aorte (insuffisance aortique et athérome aortique chez notre malade), sur les artères périphériques (fluxuosité, induration des artères temporales et radiales, battements et soulèvement des sous-claviaires, etc.), sur les artères rénales (néphrite interstitielle chez notre malade).

Ce fait a une certaine valeur pour le diagnostic clinique. C'est ainsi que chez notre malade un diagnostic précis put être porté, tandis que l'autopsie et l'examen histologique ne firent que le confirmer. C'est donc en dehors des symptômes cérébraux qu'il faut chercher en pareil cas les éléments d'un diagnostic différentiel. D'ailleurs, c'est là une règle que nous avons posée à l'égard de toute pseudo-paralysie générale.

C'est encore par ces lésions généralisées qu'on peut distinguer les cas qui nous occupent des artériopathies syphilitiques, car celles-ci, pour se rencontrer parfois dans l'encéphale et à la périphérie, sont toujours localisées à quelques points seulement du trajet des vaisseaux.

Nous venons de faire valoir l'argument le plus important d'un diagnostic précis, en le cherchant en dehors des symptômes nerveux. Mais il faut se demander encore s'il n'existe pas quelques différences dans les signes et l'évolution de l'affection cérébrale.

Certes, il est des cas dans lesquels le tableau clinique est si identique à celui de la paralysie générale que toute distinction paraît impossible. Dans d'autres cas les symptômes présentent des différences qui peuvent avoir une certaine valeur et qu'il importe d'indiquer.

Les ictus apoplectiques du début laissent plus souvent à leur suite une parésie des membres d'un côté du corps dont le caractère est d'être un peu plus accusée et un peu plus durable que dans la paralysie générale. A un examen minutieux, on peut retrouver, plusieurs mois après l'ictus, cette faiblesse hémiplégique ; mais il est évident que ce symptôme n'est jamais qu'ébauché, car, dans le cas contraire, le malade offrait plutôt le tableau clinique de l'hémiplégie avec démence secondaire en celui de la paralysie générale, et l'erreur de diagnostic serait évitée. Au cours de la maladie, le délire est moins fréquent et moins accusé que dans la paralysie générale, l'affaiblissement intellectuel et la démence progressive étant marqués

bien davantage. On sait que pour nous le délire du paralytique reconnaît une origine autotoxique ou autoinfectieuse ; le délire des pseudo-paralytiques athéromateux est surtout autotoxique.

A ce point de vue il est fort remarquable de constater chez notre malade une absence de résultats positifs par la culture du liquide céphalorachidien, qui est restée stérile. On sait que dans les paralysies générales inflammatoires les recherches bactériologiques que nous avons faites depuis une dizaine d'années nous ont permis d'établir la fréquence de l'infection cérébro-méningée. Par contre, chez notre malade nous rencontrons une néphrite chronique cause habituelle d'intoxication chronique. Mais il est bien entendu que les troubles psychiques (démence, troubles moteurs, etc.) relèvent des lésions d'athéromasie cérébrale. Dans la pseudo-paralysie générale arthritique on peut, en effet, trouver accessoirement toutes les manifestations de l'arthritisme (diabète, urémie, lithiase) sans que celles-ci soient les causes premières et essentielles de l'affection cérébrale. Leur rôle est réel, particulièrement en ce qui concerne l'urémie, mais secondaire et dans les limites où nos travaux antérieurs l'ont depuis longtemps marqué.

Les manifestations fébriles sont moins fréquentes dans la forme qui nous occupe.

La maladie, en son évolution clinique, est donc plutôt la forme démente, telle qu'elle fut décrite jadis par Requin. Mais encore ici il ne s'agit nullement d'un fait d'une valeur absolue. De plus la paralysie générale avec ses lésions d'encéphalite les plus profondes et les plus typiques se rencontre chez des sujets n'ayant jamais présenté autre chose qu'une démence, dégagée de tout délire proprement dit.

Par rapport à la démence, on a vu, du moins chez notre dernier malade, les facultés intellectuelles s'éteindre d'une façon moins massive et la conscience être au début moins affaiblie que dans les encéphalites inflammatoires. De là une analogie avec la démence sénile (foyers multiples de ramolissement), avec laquelle la maladie est en relation de parenté morbide. L'autointoxication arthritique semble agir avec une lenteur relative sur les éléments de l'écorce cérébrale (capillaires et cellules nerveuses), même chez un sujet de 39 ans seulement.

Dans la période terminale, enfin, les eschares, les troubles trophiques sont peut-être moins fréquents que dans la paralysie générale ; les atrophies musculaires de cette dernière période, moins accusées, la rigidité des muscles moins commune. Notre

malade a succombé à une attaque brusque apoplectiforme, avec perte de connaissance et rigidité des quatre membres. C'est là une manière assez fréquente, pour les paralytiques généraux, de terminer leur existence. Mais chez lui l'attaque dont il s'agit était le résultat d'une vaste hémorrhagie méningée par rupture d'une artériole athéromateuse de pie-mère.

Il est donc permis de penser que la mort survient en pareil cas et cela, en général, par une complication plus en rapport avec les lésions du système artériel que chez les paralytiques dont les attaques apoplectiformes relèvent d'une cause toute différente.

***

Faut-il maintenant ajouter à ces preuves cliniques et pathogéniques que les lésions elles-mêmes diffèrent de celles de la paralysie générale inflammatoire ?

Nous nous bornerons seulement à rappeler que dans les cas qui nous occupent l'examen histologique de l'écorce cérébrale ne permet pas d'y rencontrer, en dehors de leur diffusion, une seule des lésions de la paralysie générale, et que, par contre, celles qu'on y constate, impliquent un processus morbide essentiellement différent de celui de cette dernière maladie.

La pseudo-paralysie générale arthritique, tout en faisant partie du syndrome paralytique, y occupe donc une place à part, à titre de maladie distincte par sa pathogénie, ses lésions encéphaliques, ses symptômes artériels, sa marche, son diagnostic.

Si, à l'heure actuelle, quelques auteurs nient encore son existence, ils ne peuvent le faire qu'en rejetant le terme qui sert à la distinguer. Mais le nom de la maladie rejeté, la maladie reste tout entière.

***

OBSERVATION (1)

Pseudo-paralysie générale arthritique.

Début de la maladie à 39 ans par deux attaques apoplectiformes. — Affaissement musculaire généralisé et progressif. — Troubles de la parole caractéristiques de la paralysie générale. — Légère inégalité pupil-

(1) L'observation clinique a été rédigée par M. Trenaunay ; l'autopsie a été faite par M. Aynaud ; l'examen bactériologique par M. Fernique.

laire. — Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, accès délirants, démence.

Athéromasie aortique avec insuffisance aortique. — Athérome des artères périphériques. — Athérome des artères rénales et néphrite interstitielle. — Athérome des artères cérébrales et pie-mériennes. — Aucune lésion d'encéphalite inflammatoire. — Dégénérescence des artérioles et des éléments nerveux sans traces de diapédèse. — Examen bactériologique négatif.

Le nommé Ret... (Jean), âgé de 43 ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Klippel, le 21 avril 1899.

Antécédents personnels. — En 1891, chancre induré de la verge, guéri rapidement en 15 à 20 jours. Deux mois après, roséole, puis plaques muqueuses sur les lèvres, sur la langue, sur la gorge, ces dernières ayant entraîné de la dysphonie.

Il est impossible de tirer du malade tout autre renseignement sur son passé pathologique. Sa femme, interrogée, nous apprend que, depuis très longtemps, le malade tousse toujours, sans cracher d'une façon appréciable.

Ethylisme peu marqué, mais certain. Pas d'abus de vin, mais usage habituel des essences, en particulier de l'absinthe.

Historique. — Vers 1895, sans plus de précision, le malade, couché bien portant un soir, se réveille le lendemain matin parésié du bras droit, un peu de la jambe droite et du côté gauche de la face. Le médecin, au dire de la femme du malade, aurait diagnostiqué une congestion cérébrale. Sous l'influence du repos, des frictions à l'essence de térébenthine et à l'alcool camphré, et aussi d'un traitement interne inconnu, les symptômes disparaissent presque complètement en deux semaines environ, et le cordonnier retourne à son échoppe.

Cependant, d'après sa femme, la vue commence à s'affaiblir progressivement, en même temps que s'établissent des céphalées assez vives, mais passagère. Au mois de juin 1898, nouvel accès ayant déterminé une légère parésie du côté gauche du corps, en même temps qu'une parésie de la langue rendant la parole difficile. Le malade est admis à l'hôpital de la Charité et en sort, six semaines après, non guéri, éprouvant de la difficulté à marcher, et incapable de se servir de ses bras qui, dit le malade, « n'ont plus de force et ne font plus ce que je veux ». — Il passe quelque temps à l'asile de Vincennes, puis rentre chez lui.

La mémoire, compromise dès le début, commence alors à faire défaut de plus en plus. Le malade oublie son adresse, ses clients. Cependant, il se souvient encore des dates et des jours.

Vers novembre 1898, nouvelle aggravation, nouvelle station à l'hôpital, à l'Hôtel-Dieu, cette fois. Ni le malade, ni sa femme ne peuvent nous renseigner sur cet épisode. Il reste un mois à l'Hôtel-Dieu.

Quoi qu'il en soit, la gêne des mouvements des membres supérieurs et inférieurs persiste, augmente. Les doigts sont maladroits ; le travail et la marche sont devenus très difficiles. De plus, une certaine difficulté de la parole, qui d'abord n'était survenue qu'à de rares intervalles, et pendant un temps très court, augmente au point de devenir constante.

Sa femme nous rapporte, en outre, que le malade est sujet à des accès de colère subite violente et dangereux. Récemment, il a tenté d'étrangler sa petite fille, après avoir roué de coups sa femme, et n'a cédé qu'après une longue lutte avec les voisins.

L'ensemble de tous ces signes fait que le malade se décide à entrer à l'hôpital, et il est admis à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Bernard, n° 18, le 21 avril 1899.

Examen le 24 *avril* 1889.

A. *Troubles psychiques.* — Ce qui domine, dès qu'on approche le malade, c'est l'état d'hébétude dans lequel on le trouve, et cet aspect n'est pas démenti par l'interrogatoire. Il faut lui arracher les réponses mot par mot, et encore, n'arrive-t-on pas toujours à lui faire préciser ses assertions.

Il comprend à peu près les questions qu'on lui pose, sait où il est, connaît les dates, mais a oublié presque complètement ce qui a trait à sa vie, à ses affaires même récentes. Il mêle tout ce dont il se souvient, et en fait différents récits qui ne concordent pas toujours entre eux.

Ses voisins de lit, interrogés, disent que toute la journée il reste seul, ne parle à personne, reste indifférent à tout. Il sommeille, ou lit son journal, mais de son propre aveu, il ne comprend ni vite, ni facilement.

B. *Aspect du malade.* — Si l'on vient à le découvrir, le malade présente, localisées sur le dos des mains et des pieds, sur le devant des cuisses et des rotules, à la face externe de la racine des cuisses, des plaques de coloration rouge vineuse, plus ou moins foncées, indolores spontanément et à la pression, non saillantes, sans consistance spéciale, et de forme variable. Tantôt, comme sur la rotule, ce sont des plaques à contours irréguliers, et comme formées par la réunion de plaques plus petites. Tantôt, comme au genou, ce sont des stries linéaires. Tantôt enfin, ce sont de petites taches confluentes comme à la face dorsale des pieds, ou discrètes comme sur le dos.

Le malade a ces taches depuis environ quatre ans. Il les rapporte à sa syphilis. Cependant, leurs caractères objectifs et surtout leur localisation semblent devoir faire écarter cette hypothèse. Il s'agit plutôt de troubles vaso-moteurs, d'aspect cyanotique.

On remarque en outre plusieurs petits nœvi dont le plus volumineux, gros comme un pois, siège au milieu de la face postérieure de la cuisse gauche.

C. *Troubles moteurs.* — La langue, tirée hors de la bouche, présente une sorte de mouvement continu, qui n'est pas du tremblement, mais qui ressemble plutôt à des contractions successives.

La parole est hésitante. Les mots bredouillent légèrement, accrochent au passage, et ne sortent que très déformés. L'élocution est d'ailleurs mal servie par l'intelligence.

Les forces des membres diminuent de plus en plus, au point que le malade a une certaine peine à se tenir sur ses jambes. La marche est entravée par des mouvements ataxiformes. Les doigts de la main ne présentent pas de tremblement, mais ils sont, au dire du malade, devenus très maladroits. Une preuve facile en est donnée lorsqu'on fait écrire le malade. Celui-ci ajuste avec peine son porteplume, hésite longtemps avant de commencer son mot. L'écriture est tremblante, les lettres empiètent les unes sur les autres, leur direction respective est très variable ; certaines lettres sont omises ; enfin, les lignes tracées ne sont pas droites.

L'épreuve dynamométrique accuse 25 pour la main droite, 22 pour la main gauche.

Les mouvements du globe oculaire ne sont pas modifiés. Il paraît y avoir une certaine paresse de l'accommodation. Les deux pupilles sont presque égales, la gauche est cependant un peu plus petite que la droite.

Enfin, le réflexe rotulien est très marqué, alors que le réflexe du poignet est nul.

D. *Troubles sensitifs.* — Il n'y a de ce côté à signaler, outre la perte incomplète du tact, que des troubles de la vue, consistant en une diminution de l'acuité visuelle, et existence de mouches volantes. De temps en temps, céphalées intolérables.

E. *Appareil circulatoire.* — 1° *Cœur* : Au premier temps, on constate un souffle rude se prolongeant pendant le petit silence. Le second temps est durement claqué. Le souffle systolique existait déjà, au dire du malade, lors de sa station à l'Hotel-Dieu, en novembre 1898.

Il existe, de la façon la plus évidente, de l'athérome aortique avec lésions valvulaires athéromateuses.

2° *Artères périphériques.* — Ces artères sont irrégulières, dures, et légèrement flexueuses.

F. *Autres organes.* — Poumon : A gauche, signes de bronchite.

Foie : normal.

Rate : perçue suivant une ligne oblique en haut et en arrière.

Urine : La quantité ne paraît pas augmentée, mais il y a de la pollakiurie. L'analyse par la chaleur montre un léger usage d'albumine. Pas de sucre. Ces signes permettent d'affirmer l'artériosclérose rénale.

Diagnostic. — Tous ces symptômes, poussées d'irrégularité des mouvements, faiblesse intellectuelle progressive, troubles de la

motricité de la langue avec mouvements ataxiformes et accrocs de la parole, légère inégalité pupillaire, par moment accès de délire, puis la marche progressive de ces troubles, l'existence de deux attaques apoplectiformes au début apparent de la maladie, mais n'ayant pas laissé de paralysies localisées et fixes, tout cet ensemble de signes permet de poser le diagnostic de paralysie générale, l'âge du malade (43 ans), étant un argument de plus en faveur de ce diagnostic, ainsi que la présence de la syphilis dans les antécédents.

Mais d'autre part, l'examen du malade lui-même, en révélant une artério-sclérose aortique, des lésions de sclérose généralisées aux artères périphériques et aux artères rénales, ainsi que quelques particularités de la marche de la maladie, permettent d'éliminer la méningo-encéphalite.

Dans ces conditions, le diagnostic porté au premier jour de l'arrivée du malade, est celui de pseudo-paralysie générale arthritique.

Evolution. — Pendant les mois d'août et de septembre, le malade a présenté une accentuation des phénomènes paralytiques. Il a dû même rester quelque jours complètement au lit, plus triste et plus morose encore qu'auparavant. Puis son état s'est légèrement amélioré, tandis que la parole est devenue progressivement plus embarrassée.

Le 12 octobre, à 9 heures du matin, il se lève comme d'habitude. Il a l'air étrange au point que la sœur lui demande ce qu'il a. Brusquement, il perd connaissance et tombe.

On le couche, et en l'examinant, on trouve une contracture des membres droits, plus marquée au bras. En même temps, les sphincters sont relâchés, le lit est inondé d'urine, les draps sont souillés.

Le côté gauche, d'abord en résolution, devient contracturé environ une heure plus tard. Les réflexes rotuliens sont exagérés, et on peut produire la trépidation épileptoïde des pieds.

La tête et les yeux sont portés à gauche, l'intelligence est complètement abolie. La respiration est calme, lente, non stertoreuse.

Le malade est resté 24 heures dans cet état, sans reprendre connaissance, insensible aux excitations extérieures. De temps en temps surviennent du mâchonnement, et des convulsions limitées à la face.

La mort est arrivée le 13 octobre, à 11 heures du matin.

Autopsie.

L'autopsie a été faite le 14 octobre 1899, 22 heures après la mort.

A. *Examen macroscopique.* — I. *Système nerveux.* — 1° *Méninges.* — Rien à la dure mère. Les méninges s'enlèvent partout avec la plus grande facilité, et sans produire la moindre érosion. Elles ne présentent pas de plaques opalescentes.

2° *Hémisphères.* — A la face externe de l'hémisphère gauche, on trouve un grand amas de caillots cruoriques. Ces caillots se trouvent répartis sur toute la surface qui s'étend des circonvolutions rolandiques à la pointe du lobe occipital. A ce niveau, ils sont particulièrement abondants et volumineux, et leur présence détermine une dépression très marquée à la face supérieure du lobe occipital gauche.

On trouve également des caillots dans la corne occipitale du ventricule latéral gauche, et dans la partie antérieure du ventricule droit, où ils dissocient la portion intraventriculaire des corps striés.

Ces hémorrhagies sont récentes et ont causé la mort brusque du malade.

Les plexus choroïdes sont œdématiés ; à la longue on y trouve des artérioles athéromateuses.

Il n'existe pas de lésion ancienne de la capsule interne et des noyaux. Le cervelet et le bulbe ne présentent pas de lésions macroscopiques.

3° *Vaisseaux cérébraux.*— Les parois du tronc basilaire sont remplies de plaques athéromateuses, jaunâtres, opaques. Les unes sont tout à fait irrégulières, d'autres sont ovalaires, du volume d'un grain de mil ; quelques-unes, enfin, sont des plaques allongées en sorte d'anneau, dont le grand axe serait perpendiculaire à la direction du vaisseau, et leurs extrémités peuvent même parfois se réunir en un anneau complet. — Ces plaques sont très abondantes ; sur une seule face du tronc bacilaire, sur une longueur de 2 centimètres, nous en avons compté seize.

La portion terminale des deux artères vertébrales est couverte de plaques analogues et aussi abondantes. Il en est de même des cérébrales antérieures, de la communicante antérieure, des communicantes postérieures et des cérébrales postérieures.

Les artères sylviennes sont remarquables par le nombre et le volume de ces plaques. Les artérioles qui cheminent entre les diverses circonvolutions, sont le siège d'une athéromasie intense; il n'en existe pas une qui soit restée indemne. Sur un grand nombre de ces artérioles, et pendant une longueur de plusieurs centimètres, se succèdent de petits points jaunâtres, du volume d'un grain de millet, et entre lesquels le calibre du vaisseau est rétréci. L'aspect rappelle un chapelet, un chapelet à grains d'athérome.

Les artérioles du cervelet et du bulbe ne sont pas respectées. On s'en aperçoit facilement en essayant de couper ces organes ; le couteau éprouve, au niveau des méninges, une certaine résistance lorsqu'il vient à rencontrer une de ces artérioles.

4° *Moelle.* — La moelle est congestionnée, mais sans traces de méningite. A la coupe, on aperçoit des travées grises dans les cordons postérieurs.

5° *Sympathique.* — Les ganglions semi-lunaires paraissent un peu petits.

6° *Nerfs périphériques.* — Nous avons prélevé un segment du crural pour l'examen histologique.

II. — *Appareil circulatoire.* — 1° *Cœur.* — Le ventricule gauche est le siège d'une hypertrophie considérable ; ses parois sont très épaissies. Pas de lésions des orifices auriculo-ventriculaire, ni de l'orifice pulmonaire, mais surcharge graisseuse de tout l'organe. Les valvules aortiques sont un peu épaissies et très inégales, et le nodule de Morgagni est volumineux et irrégulier.

2° *Aorte.* — La crosse est dilatée. Sur ses parois sont des plaques jaunâtres, irrégulières, de 4 à 5 millimètres de diamètre, dont la série se prolonge sur l'aorte thoracique et l'aorte abdominale.

III. — *Appareil respiratoire.* — Les plèvres sont saines, les poumons congestionnés, surtout aux bases.

Le corps thyroïde est un peu hypertrophié. A son lobe médian est adjoint un kyste hématique de la grosseur d'une noix. Nous avons trouvé, à la base du cou, une masse ovalaire, du volume d'une noisette, qui nous a semblé être une thyroïde accessoire.

IV. — *Appareil urinaire.* — Les reins pèsent 100 grammes. Ils sont petits, rouges, contractés. On peut facilement les énucléer de leur capsule ; leur surface apparaît alors irrégulière et bosselée. A la coupe, atrophie de la substance corticale, qui n'a pas 2 millimètres de hauteur.

Rien aux capsules surrénales.

V.— *Autres organes.* — On ne relève rien du côté du tube digestif. Le pancréas, congestionné, est mou. L'artère splénique est athéromateuse, et la rate volumineuse est congestionnée. Le volume du foie est normal. On y trouve, à la coupe, une vascularisation irrégulière et de la dégénérescence graisseuse.

B. — *Examen histologique du cerveau.* — 1° Nulle part, il n'existe la moindre, la plus petite trace de diapédèse dans les artérioles et les capillaires de l'écorce.

2° On ne trouve aucune multiplication des noyaux névrogliques, aucun globule blanc extravasé, au niveau des espaces péricellulaires.

3° Il n'existe enfin aucune des lésions des cellules nerveuses (tuméfaction, fines granulations, nécroses, etc.) qui caractérisent la paralysie générale inflammatoire.

Par contre, on trouve :

1° Des artérioles corticales en dégénérescence granulo-graisseuse avancée.

2° Des cellules à protoplasma petit et atrophié, et rempli de grosses granulations pigmentaires ocreuses athéromateuses.

En résumé, les lésions inflammatoires font défaut, les lésions dégénératives sont seules présentes sous la forme la plus typique.

C. — *Examen bactériologique des centres nerveux.* — A la suite de ponctions pratiquées peu après la mort, quatre tubes de bouillon ont été ensemencés avec le liquide céphalo-rachidien. Après trois jours d'étuve à 37°, les tubes restent clairs et limpides, il n'y a pas trace de précipité.

L'examen microscopique ne décèle la présence d'aucun micro-organisme.

MÉDECINE LÉGALE

LES EXPERTISES MÉDICO-LÉGALES (1),

Par Ed. Toulouse,
Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

La Chambre des députés a adopté, dans ses séances du 29 et du 30 juin 1899, un projet de loi de M. Cruppi sur les expertises médico-légales.

Cette loi établit une institution tout à fait nouvelle qui est l'expertise contradictoire. Jusqu'alors, a déclaré M. Cruppi dans son exposé des motifs, « dans toute affaire pénale, il n'y a que le juge qui ait le droit de désigner l'expert. Or, quelle que soit l'impartialité — à laquelle je me plais à rendre hommage — de tous les magistrats, étant donnée la physionomie que le juge d'instruction a prise dans notre loi et qui n'est pas la physionomie de l'arbitre que je rêve pour lui, il semble que dans beaucoup d'affaires, l'expert désigné par le juge est un peu trop l'expert de l'accusation. » Celui qui parle ainsi est un ancien magistrat qui a parcouru tous les degrés de la hiérarchie judiciaire jusqu'à celui de la Cour de Cassation et qui a eu l'occasion de connaître les mœurs du Palais. Son opinion est celle d'un homme compétent et nullement prévenu contre l'institution actuelle.

Le principe de faire procéder à un examen médico-légal par plus d'un médecin est accepté même par M. Brouardel qui est le médecin expert le plus autorisé.

« On peut être certain, dit cet auteur, que devant un confrère, même un ami, un médecin ne péchera pas par négligence, et qu'à la précision des recherches se joindra une grande modération dans les conclusions ; justifier devant un témoin compétent, ayant le droit des critiques, une déduction scientifique, nécessite

(1) Communication faite à la Société médico-psychologique le 22 novembre 1899.

une démonstration, et exclut la possibilité de transformer une simple opinion en une affirmation. »

La liste des erreurs commises par les experts ayant entraîné des condamnations graves est déjà longue, et les faits de ce genre ont souvent été l'objet de discussions publiques. Aussi les plus modérés ont reconnu les vices de l'institution actuelle qui ne garantit l'accusé ni contre le parti pris, ni contre la négligence, ni contre l'ignorance de l'expert. Il ne paraît pas de meilleur remède à cet état de choses que l'expertise contradictoire.

On a cependant fait valoir contre cette mesure divers arguments, la plupart exposés récemment à la Société de médecine légale.

Où trouver, a-t-on dit, des hommes compétents en assez grand nombre ? Cette question ne se pose pas dans notre spécialité ; car un aliéniste, en donnant son opinion sur l'état mental et le degré de responsabilité d'un individu, ne sort pas de ses occupations habituelles. Certains ont craint qu'il ne se crée une catégorie d'experts en responsabilité ; mais le danger des experts en responsabilité n'est pas moins grand ; et le libre jeu de la discussion paraît seul capable de neutraliser ces opinions intéressées également mauvaises.

Enfin on a redouté que la discussion publique et contradictoire de médecins fût de nature à abaisser le prestige de la science, qui est comme l'autorité de Platon dont les Scholastiques disaient : Amicus plato, sed magis amica veritas.

Il ne suffit pas de décider que les experts seront multiples, et auront le droit de discussion, si on n'établit pas les conditions propres à assurer la contradiction.

« Deux experts, sans doute, dit M. Cruppi, valent bien mieux qu'un. Mais la contradiction féconde qui s'établit entre deux hommes de science, n'aura toute sa vigueur que si l'un de ces hommes représente le prévenu, tandis que l'autre représente le juge d'instruction ou le parquet. Donc deux experts, et l'un d'eux choisi par l'inculpé, tel est le point de départ de la réforme que nous proposons. »

Il semble que la préoccupation du législateur ait été de donner aux deux parties, à l'accusation et à l'accusé, des droits égaux. C'est cette faculté de l'accusé de choisir son expert qui a paru excessive à certains esprits qui ont craint que l'exercice de ce droit si équitable ne constitue un caprice. Mais en réalité cela n'est pas ainsi dans la loi de M. Cruppi ; et c'est le point que je désire traiter ici avec quelque développement.

Pour qu'il y eût réellement égalité entre les deux parties il faudrait que l'accusé pût, comme l'accusation, choisir ses experts où il voudrait, et en cas de dissentiment que l'expert-arbitre fût désigné par un procédé qui ne favoriserait pas une partie plutôt que l'autre.

Si nous laissons de côté, pour le moment, la seconde condition,

nous voyons qu'un seul système assurerait l'égalité des deux parties ; ce serait le libre choix des experts des avocats. On a fait valoir contre ce système cet argument que tous les médecins n'étaient pas également compétents ; qu'il fallait protéger l'accusé contre son propre choix, lequel pourrait être mauvais et susceptible ainsi de compromettre ses intérêts. Voilà une précaution qui, inspirée par les meilleures intentions, risque fort d'agir contre le but cherché. Car, quelle que soit la sélection apportée aux listes fermées de l'expert, il exclura toujours des compétences qui pourraient aider l'accusé à faire triompher la vérité. D'autre part les experts de l'accusation choisis parmi les plus compétents seraient capables de relever les erreurs de leur confrère, en cas de mauvais choix. Et en admettant que le criminel trouve le moyen de se faire absoudre, cela serait moins regrettable que la condamnation d'un innocent à la suite d'une expertise erronée.

Or, la loi de M. Cruppi n'admet pas le choix libre. L'accusation et la défense doivent choisir leurs experts dans deux listes dont l'une, le procureur général entendu, sera établie sur la proposition des tribunaux civils des facultés et écoles de médecine, de pharmacie et des sciences, par les cours d'appel, et dont l'autre se composera de membres de droit dont les professeurs, les médecins des hôpitaux et — en ce qui nous concerne — les médecins d'hospice et d'asiles publics d'aliénés.

En somme, le choix des experts est, avec la nouvelle loi, beaucoup plus restreint qu'avec l'ancienne, qui laissait le juge d'instruction libre de s'adresser là où il croyait que se trouvait la compétence. Et sur ce point la nouvelle loi qui inaugurait par ailleurs un réel progrès, est moins libérale que l'autre. Elle le paraît même beaucoup moins quand on étudie dans ses détails la désignation des experts.

L'idée de créer deux listes d'experts, l'une établie par les juges et l'autre de *droit* était bonne, puisqu'elle n'empêchait pas que le choix de l'expert fût tout à fait libre. L'institution des experts de droit était un correctif à cette restriction. Il était juste, en effet, qu'à côté des tiers experts nommés par le juge et par conséquent pouvant être suspects à l'accusé, il y en eût d'autres qui n'auraient dû leur titre qu'à leur situation scientifique. Ces derniers auraient présenté en même temps que toute compétence — je me place toujours sur le terrain des expertises mentales — une indépendance absolue. Mais il fallait décider que les parties puissent choisir aussi aisément les experts de droit que les experts nommés. Or l'article 4 porte ceci :

« Les experts désignés au paragraphe 2 de l'article 2 (experts de droit) ne peuvent être choisis que si cette mesure, qui doit être justifiée par la gravité de l'affaire, est autorisée par ordonnance motivée du président du tribunal ou du président de la juridiction saisie.

« Les dites ordonnances ne sont susceptibles d'aucun recours. »

Cette disposition tendra dans la pratique à détruire les bons effets de l'institution des experts de droit ; car il est à craindre que les formalités nécessitées pour les désignations de ces derniers ne les empêchent le plus souvent. La commission, déclare M. Cruppi, « a pensé qu'il fallait éviter que ces membres de droit fussent continuellement choisis par les parties ». Quel inconvénient y aurait-il à ce qu'ils fussent choisis continuellement — si tant est que cette hypothèse dût se réaliser ? Au point de vue des frais, ils seraient les mêmes, puisque les experts de droit comme les experts nommés sont résidents dans le département, sinon dans la ville où siège le tribunal. Il est d'ailleurs facile d'introduire un article laissant à l'appréciation du Président du tribunal la désignation des médecins experts de droit ne résidant pas dans le département. On a dit aussi que ce serait imposer aux membres de droit une corvée qui leur serait à charge. Mais il ne tiendrait qu'à eux de demander à en être déchargés.

Il n'y a donc pas de bonnes raisons pour maintenir cette inégalité de droits, et il y a au contraire de sérieux inconvénients, dont le principal est de restreindre les droits de la défense. Or la plupart des experts, actuellement en exercice, ont demandé, au cours d'une discussion sur ce point à la Société de médecine légale, qu'on aille plus loin encore dans cette voie mauvaise d'inégalité et qu'on supprime les membres de droit. Les raisons qu'on a données ne résistent pas à un examen rapide. On a laissé entendre que les membres de droit — c'est-à-dire des professeurs, des médecins des hôpitaux ou d'asiles — ne seraient pas aussi compétents que les experts nommés, c'est-à-dire que les professionnels, ce qui n'est pas soutenable en ce qui concerne les aliénistes, qui, en cas d'expertise, ne font pas autre chose que ce qu'ils font tous les jours en rédigeant leurs certificats.

On a dit qu'il serait mauvais que des médecins puissent, une fois rayés de la liste des experts professionnels par le tribunal, rester experts de droit. Je pense qu'il n'y a pas à redouter que l'expert ait trop d'indépendance vis-à-vis du pouvoir judiciaire, et par conséquent l'accusé trop de garanties.

Après avoir démontré toutes les difficultés qui résulteraient de l'inégalité de droits des deux catégories d'experts, d'autres ont conclu à la suppression des deux listes, alors qu'il est plus logique de supprimer les difficultés en rendant les uns et les autres égaux.

Enfin on a déclaré que les deux listes étaient inutiles, parce que la liste de droit comprendrait tous les experts nommés, sauf ceux qui ne veulent plus faire des expertises ou des incapables. Or il y a actuellement, près le tribunal de Paris, 11 experts médecins aliénistes, et il y aurait, après la promulgation de la loi, comme experts de droit :

Professeurs et agrégés spécialisés dans les maladies mentales	3
Médecins des quartiers d'hospices	9
Médecins des asiles publics (non compris les médecins de Dun-sur-Auron)	15
Médecins de l'asile national de Charenton	2
	29

Si l'on tient compte que, sur les 11 experts nommés par le tribunal, il y en 4 qui ne figureraient pas sur la liste des membres de droit, cela fait une proportion de 7 experts sur 29, soit le quart des médecins aliénistes qui, pouvant être membres de droit, le sont aujourd'hui de fait. Est-on autorisé à dire que les 3/4 autres, les 22 médecins restants, ne doivent pas faire d'expertises ? Evidemment non, puisque la liste est fermée et que, à chaque examen, il y a un nombre élevé de demandes. On ne peut non plus soutenir que les 22 médecins restants soient des incapables. Pour citer un fait topique, le titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris ne figure pas sur la liste d'experts ; or je sais qu'on ne lui a jamais demandé s'il accepterait d'être expert et, par conséquent, rien n'autorise à supposer qu'il aurait refusé cette mission.

Il est intéressant de constater que si la liste actuelle des experts ne contient que le quart des médecins susceptibles de devenir experts de droit, le tiers de ces membres, au contraire, n'aurait pas cette prérogative. Donc, non seulement cette liste est loin de représenter tous les experts de droit, mais encore elle est composée pour une bonne partie de médecins qui ne pourraient l'être.

Il serait donc raisonnable de maintenir la liste des experts de droit en les mettant sur le même pied d'égalité que les autres. Tous les arguments entendus semblent avoir été apportés pour la défense de privilèges menacés par la loi nouvelle. Je serai même partisan d'une mesure qui allongerait la liste des experts de droit en y faisant figurer des membres élus par des Sociétés savantes, et — dans l'espèce — par la Société Médico-Psychologique de Paris.

Il est bon de rappeler ici que la 1re sous-commission de la commission mixte, chargée d'étudier auprès du Conseil général de la Seine les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés a, sur ma demande, émis le 29 mai 1899, le vœu :

« Que les experts inscrits sur la liste des experts de droit dans le projet de loi de M. Cruppi puissent être choisis librement et sans l'intervention du président du tribunal par le juge d'instruction ou par la défense, s'ils sont résidents dans le département.

« Tous les médecins des asiles de la Seine sont considérés comme résidents dans le département. »

Une autre question importante est celle de l'institution du super-arbitre, que M. Cruppi a rejeté avec raison de son projet de loi,

mais dont un groupe de députés ont demandé le rétablissement. Cette institution fonctionne en Allemagne. Voici sur ce sujet quelques renseignements qui m'ont été fournis obligeamment par le Dr. Nacke, médecin de l'asile d'Hubertüsburg, près de Leipzig.

Il y a, dans chaque pays en Allemagne (notamment en Prusse, en Saxe, en Bavière, dans le Wurtemberg, etc.) un *Tribunal de Superarbitrage*, qui fonctionne dans les cas où les experts sont d'une opinion opposée. Ce tribunal s'appelle « Medicinal Colleg » collège des médecins) et se compose de plusieurs membres, dont chacun représente une des grandes spécialités de la médecine. C'est ainsi qu'il y a un gynécologue, un médecin, un chirurgien, un psychiâtre, un hygiéniste, etc. Les expertises sont données à celui d'entre eux qui est le plus compétent dans l'espèce. Ce dernier lit son rapport devant le tribunal qui accepte d'habitude ses conclusions. Le rapport qu'on fait parvenir au parquet est alors donné au nom du « collège médical ». Mais le juge n'est pas tenu d'en accepter les conclusions quoiqu'après celle-là il n'y a pas d'autres expertises. A la rigueur on pourrait cependant s'adresser à un collège d'un autre pays. Les membres de ce collège sont nommés par le gouvernement.

Le juge peut appeler d'abord comme expert un médecin praticien quelconque et n'a pas besoin, par exemple, d'un psychiâtre. Chaque grand parquet a d'ailleurs ordinairement un médecin du parquet qu'il consulte en premier lieu. L'accusé peut aussi demander un expert ; ou bien le juge en appelle directement au Collège médical, par exemple dans un cas difficile. En Prusse, chaque province a un collège médical et au-dessus de ceux-ci il y a à Berlin « l'*Obermedicinalcolleg* », dont Virchow fait partie, ainsi que d'autres professeurs de l'Université.

Les inconvénients de l'organisation d'un tribunal de superarbitrage sont importants ; ils vont même jusqu'à annuler tout le bien que l'accusé pourrait retirer de la contre-expertise. Voyons, en effet, ce qui se passerait dans la pratique. Le juge commet un expert, l'accusé un autre. Jusque-là les droits sont égaux. Mais les experts ne sont pas d'accord. Un superarbitre doit les départager. Or, qui nomme le superarbitre ? Est-ce le juge, de concert avec l'accusé ; sont-ce les deux experts ? Nullement. C'est l'Etat, c'est-à-dire l'administration, qui le désigne à l'avance. On dit donc à l'accusé : Choisissez un contre-expert, qui pourra discuter et combattre les opinions de l'expert de la justice ; mais s'il n'est pas du même avis que ce dernier — et c'est pour permettre aux deux opinions de se manifester et de combattre avec des armes égales que la loi a été faite — l'opinion qui prévaudra sera l'opinion de la justice. L'accusé n'a donc que le droit de convaincre. N'est-il pas à craindre que la puissance que tirera l'expert du juge du droit d'en appeler à une autorité ayant la même origine que la sienne, le pousse à ne pas tenir suffisamment compte dans la pratique de l'opinion du contre-expert ?

On pourrait objecter que le superarbitre, étant une haute sommité scientifique, sera impartial. C'est là une illusion. Du moment qu'il sera nommé par l'Etat, c'est-à-dire par l'Administration de la Justice, il y aura lieu de craindre qu'il ait été choisi pour ses opinions. Qui ne pense que de deux aliénistes également instruits, la justice préférera celui des deux qui aura, sur la question de la responsabilité, l'opinion la plus conforme à l'esprit des juges. Cet homme de science devenu superarbitre sera certainement de très bonne foi dans ses jugements ; mais on ne peut pas dire qu'il sera impartial au sens objectif du mot. Pour empêcher qu'il ne soit dépendant de l'administration, on pourrait le faire élire par une assemblée savante. Mais quel corps l'élirait ? Serait-ce à Paris la Faculté de Médecine, l'Académie, le corps des Hôpitaux, ou le corps des experts ? Dans ce cas, il serait à craindre que les spécialistes, les seuls réellement compétents, qui sont numériquement très peu représentés dans tous ces corps, soient sacrifiés à des médecins non effectivement spécialisés, mais soutenus par la majorité de leurs confrères.

D'ailleurs, les inconvénients signalés plus haut subsisteraient en grande partie. L'accession au tribunal du superarbitrage, où les fonctions seraient plus ou moins longues, d'un médecin, d'un aliéniste, par exemple, dont les opinions seraient connues, imposerait en quelque sorte une doctrine scientifique officielle. D'autre part, il n'est personne, pas même un spécialiste, qui soit également compétent dans toutes les parties d'un domaine scientifique. Un oculiste très éclairé et jouissant auprès de ses confrères d'une grande et méritée estime, peut être moins compétent sur un point qu'un de ses confrères de moindre valeur, mais qui aura fait de ce sujet une étude spéciale. Le superarbitre aurait donc une compétence générale et pas uniquement spéciale sur le point en litige. Or, c'est la seule qui importe pour le triomphe de la vérité.

Il semble donc qu'il n'existe qu'un moyen de parer à tous ces inconvénients : c'est de faire élire pour chaque cas l'arbitre qui devra départager les experts. Dans ce cas l'institution du superarbitre permanent disparaît : et on en arrive à l'idée du tiers-arbitre. Il ne peut être désigné par le juge ni par l'accusé, qui sont en quelque sorte en cause. D'autre part, les deux experts n'étant pas d'accord sur le fond, ne le seront pas souvent sur la désignation du tiers-expert. Il n'y a qu'une autorité qui ait l'autorité morale suffisante pour départager les experts, c'est une autorité scientifique et indépendante. Il est facile de la constituer en créant un Conseil des experts médicaux, qui se composerait de tous les experts de droit et de ceux nommés par le tribunal. Pour assurer l'indépendance de ce corps, il faudrait que le nombre de ces derniers fût toujours en minorité. Ce Conseil, dont les membres seraient le plus souvent dispersés dans l'arrondissement, élirait, au commencement de chaque année, une commission, qui comprendrait autant de membres qu'il y a de spécialistes. Cette

commission se réunirait sur la demande de l'autorité judiciaire ou à son gré ; ces membres ne seraient pas rétribués. C'est à cette commission qu'il appartiendrait de désigner le tiers-expert. Ce serait donc un tribunal de super-arbitrage ; mais il serait élu par les experts et non désigné par l'Etat. En outre, il ne jugerait pas le fond du débat, mais il choisirait seulement le tiers-arbitre ; et encore il ne devrait le faire que sur les noms présentés par les intéressés, de telle sorte que cet expert n'aurait qu'un mandat limité et temporaire.

Quels sont les intéressés qui pourraient proposer le tiers-expert ? Evidemment chaque expert ; et aussi le juge et l'accusé. Car les experts peuvent être d'accord, et le juge ou bien l'accusé ne pas être satisfait de cette expertise non contradictoire. Ou bien les experts peuvent n'être pas d'accord, et, chacun d'eux doit pouvoir en appeler seul à un arbitrage. Donc, chaque fois que le juge, l'accusé ou chacun des experts appellerait d'une des expertises, chacune de ces quatre personnes proposerait un tiers-expert et c'est la commission permanente du Conseil des experts qui choisirait un nom sur les quatre proposés.

S'il est bon d'imposer certaines garanties au choix des experts du premier degré, il est inutile de le faire pour les tiers-arbitres ; pas plus qu'on impose, dans la vie privée, des médecins consultants possédant certains titres. Pour sauvegarder les intérêts de la défense ou de la justice, il faut que le tiers arbitre puisse être choisi partout. Le libre jeu de la concurrence et de l'intérêt feront toujours proposer ceux qui auront le plus d'autorité auprès du tribunal, c'est-à-dire les meilleurs. M. le Dr Dubois a proposé à la Chambre des Députés un amendement dans ce sens, mais cet amendement n'a pas été adopté.

M. Cruppi a tranché cette question du tiers-arbitrage par l'article VIII, ainsi conçu :

« Si les experts sont d'avis opposé, ils désignent un tiers-expert chargé de les départager.

« A défaut d'entente, cette désignation est faite par le président du tribunal ou le président de la juridiction saisie. »

Ce système, qui n'est pas parfait, est sans conteste bien préférable au superarbitrage.

Voici, pour me résumer, les considérants que l'on pourrait faire valoir à l'appui des deux propositions les plus importantes : égalité de droits des deux catégories d'experts et institution du super-arbitrage.

1° ÉGALITÉ DE DROITS DES DEUX CATÉGORIES D'EXPERTS.

Considérants :

Le droit pour l'accusé de choisir son expert doit, si ce choix se fixe, pouvoir s'exercer librement sur un expert compétent et honorable et ne pas entraîner de frais extraordinaires.

Les professeurs et les médecins aliénistes des quartiers d' hospices et des asiles publics présentent la compétence et l'honorabilité requises, puisque la loi votée par la Chambre des Députés les juge dignes d'être experts de droit.

Il y a, d'autre part, intérêt pour la justice à avoir un corps d'experts dont la nomination n'appartient pas à l'autorité judiciaire et que soient de ce fait tout à fait indépendants des magistrats.

Par conséquent les experts inscrits sur la liste des experts de droit dans l'article Ier de la loi, doivent être choisis librement et sans l'intervention du président du tribunal, par le juge d'instruction ou par la défense, s'il sont résidents dans le département.

2° SUPER-ARBITRAGE

Considérants :

L'institution d'un superarbitre en médecine mentale aurait pour effet de donner à une opinion scientifique individuelle une autorité prééminente dans les conflits d'expertises ;

Cette opinion étant, dans les cas particuliers, la conséquence des idées générales qu'aurait le superarbitre sur la responsabilité des aliénés et sur d'autres questions connues, pourrait être préjugée des publications du superarbitre ; et, dans ces conditions si le superarbitre était nommé par l'Etat, il y aurait à craindre qu'il ne fût choisi à cause d'opinions conformes à celles des juges.

De la sorte, lorsqu'il y aurait un conflit entre les experts de l'accusation et ceux de la défense, les premiers en appelleraient à une autorité de même origine et vraisemblablement de même opinion, ce qui rendrait illusoires les garanties que l'accusé croirait pouvoir tenir de l'institution de l'expertise contradictoire.

Même dans le cas où le superarbitre serait élu par les autres experts, les inconvénients tenant à l'établissement, durant une période de temps, d'une autorité et par conséquent d'une opinion scientifique individuelle, subsisteraient tout entiers ; et il y a tout intérêt, au contraire, étant donné que les doctrines en pyschiatrie ne sont pas identiques pour tous les aliénistes, à laisser à toutes les opinions le moyen de se produire.

Il y a donc lieu d'écarter l'institution de superarbitrage en matière d'expertises concernant les aliénés.

OBSERVATIONS

Asile de Vilejuif. — Service de M. TOULOUSE

ÉPILEPSIE CONVULSIVE CAUSÉE PAR LA TRÉPANATION

Par M. L. MARCHAND, interne des asiles de la Seine.

La malade La... entre à l'asile de Villejuif le 14 décembre 1898 avec le certificat : « Léger affaiblissement intellectuel avec épilepsie jacksonienne. » Elle est âgée de 33 ans.

Antécédents héréditaires. — La mère de la malade est morte à 55 ans ; le père à l'âge de 36 ans d'une maladie de foie, qui fait songer à l'alcoolisme, cause héréditaire fréquente de l'épilepsie. La malade a deux sœurs qui sont bien portantes. Son frère est mort d'un refroidissement (?) à l'âge de 28 ans. Personne dans sa famille n'a eu d'attaques nerveuses.

Antécédents personnels. — La... n'a eu aucune maladie grave pendant son jeune âge ; pas de convulsions. A 12 ans, elle eut une première attaque de rhumatisme aigu et une seconde à l'âge de 14 ans. La malade a eu quatre enfants ; le premier est mort-né ; les deux autres sont venus avant terme ; le quatrième seul vit et a neuf ans : il est chétif. La malade dit n'avoir jamais eu de taches sur le corps. On ne trouve aucun signe de syphilis.

La malade s'est mariée à l'âge de 26 ans. Vingt-sept jours après son mariage, elle fut prise d'une attaque d'hémiplégie gauche avec contracture. Les traits de la face étaient déviés vers l'oreille gauche. La contracture disparut au bout de trois jours et il resta une paralysie flasque. Cette première attaque ne fut pas accompagnée de troubles de la parole. Six semaines après, une deuxième attaque eut lieu. La contracture des membres réapparut et en plus elle fut atteinte d'aphasie. Elle était obligée d'écrire ce qu'elle voulait dire. La durée de l'aphasie et de la contracture fut de sept semaines. Puis, l'aphasie disparut et la contracture des membres fit place à une paralysie flasque.

Cinq ans après ces accidents, un chirurgien, pensant probablement à une gomme syphilitique, lui fit l'opération du trépan à droite, au niveau de la partie supérieure des circonvolutions rolandiques. Le chirurgien, après l'opération, aurait déclaré qu'il n'avait rien trouvé. *Le lendemain de l'opération, la malade eut une crise d'épilepsie convulsive.* Elle est tombée sans connaissance, a eu des mouvements convulsifs dans les deux bras, a moussé, n'a pas uriné sous elle. Depuis, les accès sont revenus à intervalles irréguliers.

État actuel. — La malade a des mentrues régulières : ses accès seraient, d'après elle, plus fréquents à cette époque, ce qui n'est pas justifié d'après sa feuille d'observation. Les accès sont assez rares (2 environ par mois). Les mouvements durant ses crises convulsives débutent du côté gauche (côté paralysé), puis apparaissent du côté opposé ; mais les mouvements sont toujours plus forts du côté gauche. Dans ses accès, la malade gâte et présente de l'amnésie consécutive.

A l'examen on trouve le membre supérieur gauche contracturé ; les doigts sont fléchis dans la paume de la main. Quelques mouvements volontaires sont possibles mais leur étendue est très limitée. Les réflexes du poignet sont très exagérés, le membre inférieur gauche présente une paralysie flasque avec exagération du réflexe patellaire. Les orteils sont cependant, en flexion forcée, excepté le gros orteil, qui est en extension. Du côté de la face, la paralysie est peu apparente ; on ne trouve pas de déviation de la langue, ni de la luette, les traits de la face sont réguliers.

Dans l'acte de siffler, les plis péri-buccaux sont moins prononcés à gauche. On ne trouve aucune paralysie des muscles de l'œil. Le champ visuel de l'œil gauche est rétréci dans sa partie externe.

La malade se plaint de crampes dans le bras paralysé.

Les réflexes pupillaires sont conservés et les pupilles égales.

Les appareils digestif et respiratoire ne présentent rien de particulier.

L'examen du cœur montre que les impulsions cardiaques sont violentes ; à l'auscultation, on trouve une arythmie légère et un gros souffle râpeux au second temps localisé au niveau de l'orifice aortique et se propageant vers l'orifice xyphoïde. Il n'y a pas de pouls capillaire. Comme troubles fonctionnels, la malade se plaint d'essoufflement et de palpitations. Les jambes ne présentent pas d'œdème.

N'ayant pu rien relever chez elle au point de vue de la syphilis, nous pensons que l'hémiplégie a eu pour cause une embolie d'origine cardiaque.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 Octobre 1899.

Le traitement des Psychoses aiguës par le repos au lit.

MM. Sérieux et Farnarier.— Les premiers travaux sur la question sont ceux de Guislain (1852) et de J. P. Falret (1864) ; Weir Mitchell, en 1875, fit connaître sa méthode de traitement de la

neurasthénie ; mais c'est en Allemagne, avec L. Meyer, Brosius, Paetz, C. Neisser, que l'alitement fût appliqué tout d'abord, d'une façon systématique, aux aliénés aigus.

Les effets physiologiques de l'alitement, encore peu étudiés, paraissent être les suivants : il modère et régularise les battements cardiaques et les mouvements respiratoires, élève la pression artérielle, abaisse la température centrale ; il diminue la destruction des globules rouges ; enfin, il ralentit les proccessus d'oxydation intracellulaire, et par suite de la désassimilation, il amène l'augmentation du poids du corps ; dans certain cas, cette économie sur les substances brûlées serait peut-être compensée par une diminution de l'appétit, entraînant un abaissement du poids du corps (Toulouse et Marchand).

Les *indications* de la méthode peuvent se résumer en peu de mots : elles se rencontrent chez tous les malades qui ont besoin de repos, soit physique soit psychique, c'est dire que l'alitement est applicable à toutes les psychoses aiguës. Que le cerveau, en effet, soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (*manie*), sensitive (mélancolie), sensorielle (états hallucinatoires), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (*confusion*), dans tous ces cas il est urgent de laisser reposer l'organe surmené ou intoxiqué, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone.

Ajoutons que sous le nom d'états aigus d'aliénation, nous comprenons à la fois les psychoses à évolution rapide et de date récente (délires toxiques, délires hallucinatoires, états maniaques et mélancoliques) et les épisodes aigus des affections chroniques (paralysie générale, lésions cérébrales en foyers, délires systématisés chroniques).

Comme *résultats*, il ne paraît pas absolument démontré que l'on obtienne un chiffre de guérison plus élevé que par les autres méthodes ; du moins diminue-t-on la durée de la maladie et place-t-on le malade dans les meilleures conditions physiques et morales de guérison. Un résultat appréciable de la clinothéraphie, c'est qu'elle supprime presque complètement l'isolement cellulaire ; elle modifie fort heureusement la physionomie de l'asile en substituant les salles d'hôpital, calmes et silencieuses, aux bruyants quartiers d'agités, où les malades s'excitent mutuellement ; enfin, elle rend beaucoup plus facile l'examen méthodique des malades par le personnel médical.

Il n'existe pas de contre-indications au traitement par le lit, mais seulement quelques *inconvénients*, facilement évitables : tels l'anorexie, la constipation, les amyotrophies et raideurs articulaires, etc.

En résumé, la méthode de l'alitement, par les résultats thérapeutiques qu'elle donne, par les modifications heureuses qu'elle apporte à la physionomie de l'Asile, mérite de prendre place, avec le *no-restraint* et *l'opendoor*, parmi les plus belles conquêtes de la

psychiatrie moderne. Il est permis d'espérer que le mode d'assistance futur des aliénés comprendra l'hôpital spécial uniquement réservé pour les aigus que l'on traitera comme des malades physiques, et l'assistance familiale et la colonisation pour les chroniques, les intermittents et les convalescents.

M. Doutrebente dit qu'il a fait l'essai du traitement des malades agités par le repos au lit, mais qu'il n'a pas constaté bien nettement les avantages de cette méthode.

M. Briand déclare que c'est une erreur de croire que tous les aliénés agités peuvent être traités par le séjour au lit. Il importe de faire une sélection et il pense que lorsqu'il faut entrer en lutte avec le malade pour le maintenir au lit, ce mode de traitement présente plus d'inconvénients que d'avantages ; aussi dans le cas particulier renonce-t-il à l'appliquer et laisse-t-il le malade se lever et donner libre carrière à son agitation.

M. Sollier dit qu'il a vu à Heidelberg, dans le service du Dr Kræpelin, traiter les agités par le séjour dans la baignoire. Les malades demeurent dans le bain de six heures du matin à six heures du soir. Ce traitement, ainsi que le reconnaît lui-même le médecin qui l'applique, ne paraît pas donner des résultats bien considérables au point de vue de la durée de la maladie, mais il facilite la surveillance et les soins de propreté.

M. Farnarier répond que, quoi qu'il en soit, et bien que son expérience personnelle ne soit pas assez longue pour lui permettre de se faire, en l'espèce, une opinion définitive, il n'en a pas moins eu l'occasion de constater, dans le service du Dr Sérieux, l'heureuse influence du séjour au lit sur des aliénés agités pour diminuer sinon pour calmer complètement leur agitation.

Séance du 27 novembre.

—

Les expertises médico-légales. — Les maladies mentales familiales.

M. Toulouse fait sur les expertises médico-légales une communication que nous reproduisons plus haut in-intenso.

***

M. Trénel. L'étude de l'hérédité familiale permettra peut-être de décrire en pathologie mentale comme en pathologie nerveuse des types morbides intéressants. Jusqu'ici il n'existe guère de travaux sur ce sujet, si l'on en excepte la folie gémellaire et le suicide héréditaire.

Cependant un certain nombre d'observations de folie similaire chez frères et sœurs ont été recueillies par Doutrebente, Sioli,

Brunet et Vigouroux, Pain. MM. Bourneville et Séglas ont décrit une idiotie familiale.

Les faits rapportés ici se rapportent à des psychoses systématisées, des démences, des folies périodiques, des délires aigus.

A propos des psychoses systématisées, il y a lieu de faire une distinction avec la folie à deux. Mais une psychose systématisée familiale pourra éventuellement s'accompagner de délire à deux si les malades vivent en commun. Les cas de démence observés ont trait à des démences précoces, prématurées ou préséniles. La folie périodique paraît se présenter assez fréquemment sous la forme familiale. A citer encore le délire aigu chez deux sœurs. Enfin, il peut y avoir des combinaisons de troubles mentaux (démence en particulier) et de maladies nerveuses familiales.

Il y aurait un certain intérêt, même au point de vue pratique, à rechercher et à décrire ces psychoses qui, selon le mot de Morel, « semblent résumer en une seule entité morbide la folie de plusieurs membres d'une même famille ».

M. Toulouse fait remarquer que, dans l'étude des maladies familiales telles que l'alcoolisme, le suicide, la folie héréditaire similaire ou dissemblable, on s'est peu occupé jusqu'à ce jour du rôle de la contagion, c'est-à-dire du milieu, dans la manifestation de la forme morbide. Dans la plupart des observations il n'est guère question que du rôle joué par la prédisposition héréditaire.

MM. Arnaud et Vallon font remarquer que les auteurs de mémoires sur le *délire à deux* ont surtout étudié la question de la contagion.

M. Toulouse constate que le *délire à deux* n'est qu'un chapitre des maladies familiales et qu'il comprend même des faits où les sujets ne sont pas parents. La remarque précédente conserve toute sa valeur pour les autres maladies nerveuses familiales.

LIVRES REÇUS

Diagnostic des maladies de la moelle (siège des lésions), par le Dr Grasset, professeur de clinique à l'Université de Montpellier, associé national de l'Académie de médecine, lauréat de l'Institut, 1899. Paris. Baillière 1 vol. in-16 carré, 96 pages, et figure, cartonné. 1 fr. 50

Etant donné un malade chez lequel on a reconnu une maladie de la moelle, comment peut-on cliniquement déterminer le siège précis de l'altération médullaire ? Quel est le système de la moelle ou quels sont les systèmes qui sont exclusivement ou principalement atteints ? A quelle hauteur de l'axe spinal siège la lésion ?

Voilà les questions qu'étudie M. Grasset.

Sans nier l'importance du diagnostic anatomique et du diagnostic nosologique qui, quand ils sont possibles, doivent venir compléter le

diagnostic physiologique, on peut dire que le diagnostic physiologique ou diagnostic du siège de la lésion est absolument capital et de première nécessité pour tous les médecins d'aujourd'hui.

L'Ataxie des tabétiques et son traitement, par le Dr A. Riche, ancien interne des Hôpitaux de Paris. — Paris. Baillière. Gr. in-8°, 120 pages avec 9 planches et 5 fig. : 4 fr.

La question du traitement de *l'ataxie des tabétiques* vient de donner lieu à deux intéressantes monographies, exposant les travaux et les résultats obtenus par M. le professeur Raymond à la Salpêtrière.

Voici les conclusions de M. le Dr Riche, quant au traitement de l'ataxie ; il envisage tout d'abord en quoi les méthodes de rééducation sont susceptibles d'une explication physiologique ; puis il aborde l'exposé des méthodes connues et arrive à la technique de la rééducation, envisagée d'abord d'une façon générale, puis dans ses détails : Rééducation de la marche ; rééducation des mouvements de la main.

On trouvera dans ce chapitre la description des appareils dont on se sert, celle des divers exercices auxquels les malades de la Salpêtrière ont été soumis. M. Riche montre par des exemples la nécessité d'individualiser le traitement.

Il donne les résultats obtenus par ceux qui l'ont précédé, et les siens, en insistant sur la durée des résultats heureux et sur les conditions favorables et défavorables.

L'instinct sexuel, *évolution et dissolution*, par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-12 cart. à l'angl., 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Les livres relatifs à l'instinct sexuel et à ses anomalies ont été souvent accusés de constituer un danger pour la morale publique. Mais la vérité et la science ne sont jamais immorales.

L'auteur a voulu montrer que l'instinct sexuel n'est pas un instinct incoercible auquel tous seraient réduits à obéir, si anormale que soit la forme sous laquelle celui-ci se manifeste ; il s'est proposé, en outre, de mettre en lumière la nécessité du contrôle et de la responsabilité dans l'activité sexuelle, tant au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue de la morale.

M. Féré prouve qu'il n'y a aucune raison pour que les actes sexuels échappent à la responsabilité, et les faits montrent qu'ils n'y échappent pas ; la nature et la société éliminent les pervertis et favorisent les sobres.

Les agnosies, la cécité psychique en particulier, par le Dr V. Nodet, 1 vol. gr. in-8°, 4 fr. (Paris, Félix Alcan.)

Munk, pour la première fois, au cours de ses expériences célèbres de 1876 à 1879, employa et définit les termes de cécité corticale et de cécité psychique : la cécité corticale totale est la disparition persistante de toute impression et de toute représentation visuelle, la cécité psychique est la perte transitoire ou durable des représentations visuelles, ainsi que des souvenirs-images acquis par les perceptions visuelles antérieures. De nombreux travaux ont, depuis, appelé l'attention des philosophes, aussi bien que des médecins, sur la cécité psychique.

L'auteur a eu l'occasion de l'étudier dans le service de M. le professeur Lépine et il présente dans ce livre le résumé de ses observations en les reliant aux observations et expériences antérieures.

Après avoir défini les termes : reconnaissance et identification, il présente l'historique de la question, et traite successivement des phénomènes visuels, des phénomènes psychiques dans la cécité psychique, puis des agnoscies et de l'agnoscie générale et des lésions des agnoscies. La relation de 66 observations et une bibliographie complète du sujet terminent cet intéressant travail.

Forty-first Annual Report of the general Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. Presented to both Houses of Parliament by Command of Her Majesty. Un volume 154 pages. Glascow, 1899. James Hedderwick and sons. Price 1 s. 1 d.

A. Cullerre. — *L'odyssée d'un simulateur*, brochure, 22 pages.

J. P. Durand (de Gros). — *Nouvelles recherches sur l'esthétique et la morale.* 1 volume in-8° de 275 pages de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, Félix Alcan, éditeur. Prix : 5 francs.

Statistique générale de la France. Tome XXVII. — Statistique annuelle. — Année 1897.— Ministère du Commerce, de l'Industrie, des Postes des Télégraphes. Paris, Imprimerie Nationale, 1899.

Pantaloni (de Marseille). — *Chirurgie de l'estomac. Quinze cas de gastro-entérostomie rétro-colique postérieure en y et deux cas de pylorectomie et de gastrectomie.* Tiré à part des *Archives provinciales de chirurgie*, 1er octobre 1899. Paris, Institut international de bibliographie scientifique, 1899.

Dérico.— *Extrait du Compte moral et administratif pour l'année 1898, suivi du Rapport médical de l'asile départemental d'aliénés d'Eure-et-Loir.* Chartres, imprimerie Garnier, 1899.

Archives of Neurology from the Pathological Laboratory of the London County Asylums. Claybury, Essex, édited by Frederick Walker Mott, F.R. S., M. D., F. R. C. P.— Printed for the London County Council, King and Son 2 et 4, great Smith Street, Victoria Street, Westminster.

Mally. — *Les paralysies post-anesthésiques.* (Extrait de la *Revue de chirurgie*, juillet 1899.)

Mally. — *Etude sur les paralysies traumatiques de l'épaule et du bras. Essai de détermination clinique d'un nouveau groupe de paralysies. Paralysie myelopathiques par traumatisme direct.* (Extrait de la Revue de chirurgie, octobre 1899.)

Morel.—*Verslag van het Staatstoezicht of krankzinnigen en krankzinnigengestichten in de jaren 1894, 1895, 1896,* door de H H. Drs *Ruysch en Van Andel*, inspecteurs van het Staatstoezicht in Nederland s' Gravenhage, Gebroeders Belinfante, 1898 (Extrait du Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, 1899.)

Amieux. — *Etude clinique de quelques cas d'affections spasmo-paralytiques datant de l'enfance. Maladie de Little. Rigidité spasmodique. Tabes spasmodique. Hémiplégie cérébrale infantile double.* (Thèse, Paris, Jouve et Boyer.)

Larroussinie.— *Polynévrite à la suite d'influenza.* (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille, avril 1899.)

Victor Nodet.— *Les agnoscies. La cécité psychique en particulier.* (Thèse, Paris, Alcan, 1899.)

CHIPAULT. — *Ma statistique de chirurgie nerveuse pour l'année 1898.* (Brochure, 1899.)

L'ANNÉE BIOLOGIQUE.—Comptes-rendus annuels des travaux de Biologie générale publiés sous la direction de *Yves Delage*, professeur à la Sorbonne, avec la colaboration d'un Comité de Rédacteurs.— *Troisième année, 1897.* (1 vol. in-8° de 842 pages, Paris, Schleicher, 1899.)

P. SÉRIEUX et F. FARNARIER. — *Le Traitement des Psychoses aiguës par le repos au lit.* (Extrait de la *Semaine médicale*, 11 octobre 1899.)

FARNARIER.— *Chromégalie et dégénérescence mentale.*(Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.*)

ESCOUBE. — *La Jalousie morbide des alcooliques.*(Thèse, Paris, G. Carré et Naud, 1899.)

DESVAULX. — *Contribution à l'étude du délire dans les maladies aiguës.* (Thèse, Paris, Vigot.)

DE CLÉRAMBAULT. — *Contribution à l'étude de l'otématome, pathogénie, anatomie, pathologique et traitement.* (Thèse, Paris, Vigot.)

LUBETZKI. — *Recherches cliniques et expérimentales sur la cause de la céphalée neurasthénique.* (Thèse, Paris, Jouve et Boyer.)

— *Rapport médical pour l'année* 1898 *de l'asile public d'aliénés de Quatre-Mares.* (Rouen, Imprimerie Cagniard.)

— *Rapport médical pour l'année* 1898 *de l'asile public d'aliénés de Saint-Yon.* (Rouen, imprimerie Cagniard.)

J. SOURY. — *Système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines.* (Paris, G. Carré et Naud, 2 vol. gr. in-8° de 1863 pages. Prix : 50 francs.)

INFORMATIONS

2e Congrès international des œuvres et institutions féminines.

(*Paris, du 18 au 23 juin* 1900.)

PROGRAMME.

1re SECTION. — *Philanthropie et Économie sociale.*

1° Rôle de la femme dans les œuvres d'assistance et de prévoyance, depuis cinquante ans.

2° Assistance par le travail. — Ses résultats économiques et moraux.

3° Collaboration de la femme dans la lutte antialcoolique.

4° Action de la femme sur le rapprochement des classes.

5° Œuvres de préservation et de relèvement. — Du régime des prisons et des maisons d'éducation correctionnelle.

2e SECTION. — *Législation et morale.*

1° De l'administration des biens de la femme dans le mariage.

2° Droits égaux du père et de la mère vis-à-vis des enfants.

3° De la tutelle :

a. Égalité du droit du père et de la mère, dans la tutelle légale.

b. Accès des femmes à la tutelle dative et aux conseils de famille.

4° Responsabilité pécuniaire de l'homme, vis-à-vis de la femme et de l'enfant, en dehors du mariage.

5° Abrogation de toutes les mesures d'exception à l'égard de la femme, en matière de mœurs.

6° Répression légale des excitations au désordre des mœurs.

SECTION. — *Education individuelle. Education sociale. Pédagogie.*

1° De l'éducation identique de l'homme et de la femme. — Ses avantages, ses inconvénients.
2° De l'éducation pratique complémentaire.
3° Du rôle des patronages et des associations mutuelles dans l'éducation des femmes.
4° Du rôle de la femme dans l'éducation des garçons.
5° De la préparation pratique au professorat.
6° De la place de la femme dans l'enseignement, l'inspection et l'administration des établissements scolaires, *à tous les degrés*.

4° SECTION. — *Travail.*

1° Liberté du travail de la femme.
2° Raisons économiques de l'avilissement du salaire de la femme.
3° Des moyens de favoriser le travail de la femme au foyer domestique.
4° Sociétés coopératives de production.
5° Utilité de développer l'enseignement agricole pour les femmes. Moyens pratiques. Ecoles d'agriculture et d'horticulture. Fermes-écoles. Écoles de demi-temps.

5° SECTION. — *Arts. — Lettres. — Sciences.*

1° Du rôle de la femme dans les arts depuis cinquante ans : sa situation, son influence.
2° La femme, dans l'art appliqué à l'industrie et à la décoration.
3° Du rôle de la femme dans la littérature depuis cinquante ans, sa situation, son influence.
4° Accès des femmes aux emplois de bibliothécaires, conservateurs de musées, etc.
5° De la situation actuelle de la femme dans les sciences : mathématiques, astronomie, physique, chimie, histoire naturelle, médecine, etc.
6° Moyens pratiques d'enseigner aux femmes, dans les villes et dans les campagnes, l'hygiène de la famille et de l'enfant.

Nominations et promotions. — *Juillet 1899* : M. Dodero, médecin-adjoint, nommé à Saint-Ylie (Jura), concours de Lyon.

Septembre 1899 : M. Chaussinaud, directeur-médecin à Saint-Dizier (Haute-Marne), élevé à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Taule, directeur à l'asile clinique (Sainte-Anne), admis à faire valoir ses droits à la retraite pour infirmités à dater du 1er octobre 1899 et nommé directeur honoraire.

M. Guillot (Maurice), sous-chef de bureau au Ministère de l'Intérieur, chef de cabinet de M. le conseiller d'Etat, secrétaire général du Ministère de l'Intérieur, est nommé directeur de l'asile clinique Sainte-Anne.

Octobre 1899 : M. le Dr Chocreaux, médecin-adjoint à Alençon, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr Thibaud, médecin-adjoint à Quimper, promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Bellat, directeur-médecin à Breuty-la-Couronne (Charente), élevé à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Allaman, médecin-adjoint à Blois, promu à la classe exceptionnelle.

M. Mengadurque, ancien Préfet, nommé Directeur de l'Asile d'aliénés de Bordeaux (château Picon) en remplacement de M. Calès, décédé.

M. le Dr Monestier, médecin-adjoint à l'Asile Public d'Aliénés d'Aix, promu à la classe exceptionnelle du cadre.

M. le Dr Coulon, médecin-adjoint à l'Asile Public d'Aliénés de Clermont, promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Tenade, médecin en chef de l'Asile de Leyme (Lot) (admissible au Concours de Bordeaux 1895) nommé médecin-adjoint à l'Asile de Lafond (Charente-Inférieure) en remplacement du Dr Malon, nommé médecin en chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'Hospice d'Agen.

M. Clère, Gabriel, ancien sous-préfet, nommé Directeur de l'Asile Public d'Aliénés de Sainte-Catherine-Izeure (Moulins, Allier).

M. le Dr Pichenot, médecin en Chef à Montdevergues (Vaucluse), promu à la 1re classe du cadre.

M. le Dr Fourniac, Dr Médecin à Alençon, promu à la 2e classe du cadre.

Asile Sainte-Anne. — M. le docteur Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, vient de prendre sa retraite. Il emporte en quittant les asiles de la Seine les sympathies qu'il avait su inspirer à tous ses confrères par ses qualités de cœur et d'esprit, et surtout par son caractère droit.

Nous souhaitons la bienvenue à son successeur, M. Guillot, qui est

précédé de la meilleure réputation ; il passe en effet pour être un administrateur éclairé et habile.

Concours de l'Internat en médecine. — Le jury était ainsi composé :

MM. Febvré et Legrain, médecins en chef de Ville-Evrard. — MM. Charpentier et J. Voisin, médecins en chef de la Salpêtrière. — M. Chaslin, de Bicêtre. — M. B. Anger, chirurgien de Beaujon. — M. Thiroloix, médecin des hôpitaux.

Enseignement. — *Asile clinique.* — Clinique des maladies mentales : M. le professeur Joffroy, mercredi et samedi à 9 heures 1/2. M. Magnan : *Exercices cliniques sur le diagnostic de la folie*, le vendredi à 9 heures 1/2.

Asile de Villejuif. — (Tramway Châtelet-Villejuif.) Service de M. Toulouse. — Le mercredi à 9 heures 1/2. visite du service. Conférences cliniques au lit des malades.

Hôtel-Dieu. — Pathologie mentale et nerveuse. — M. le Dr E. Dupré, professeur agrégé, a commencé ses cours le vendredi 17 novembre 1899, à 10 heures du matin, dans le salon de la salle Sainte-Madeleine, et les continuera à la même heure, les mardis et vendredis suivants (Hôtel-Dieu).

Club médical de Paris. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos Confrères de Paris et de la Province que le Projet tenté, à différentes reprises, de la constitution d'un Club Médical vient enfin de se réaliser sous la forme d'un Groupe Professionnel spécial du Cercle National.

Son but est d'entretenir, entre tous ses membres, des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un Centre professionnel ouvert aux Membres du Corps Médical Parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux Médecins de Province et de l'Etranger, en déplacement temporaire à Paris.

Son siège est, 5, Avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du Cercle National.

Peuvent en faire partie, tous les Docteurs en Médecine reçus dans une Faculté Française. (Article VII du Règlement.)

Article VIII. — Le nombre de ses Membres est illimité.

Article IX. — La présentation d'un Candidat doit être faite par deux Membres du Comité.

Article X. — L'admission est précédée de l'affichage 15 jours d'avance. Elle est prononcée par le Comité après enquête et rapport, à la majorité des 4/5e des Membres présents ou représentés.

Article XIII. — Des Cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux Médecins de Province et de l'Etranger qui en feront la demande.

Un Bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer, à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les Médecins visiteurs de l'Exposition, qui s'adresseront à lui.

Il fournira à ces Médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientifiques sur les Cours de Facultés ou autres, Services hospitaliers, Congrès médicaux, Sociétés scientifiques et médicales, etc.

Pozzi, *président* ; De Ranse, Faisans *Vice-président* ; Doléris, *Secrétaire général* ; Desnos, *Trésorier* ; Chassevant, *Bibliothécaire* ; Baudoin, Bouloumié, Boursier, Brissaud, Chervin, Chevallereau, Coudray, Durand-Fardel, Florand, Huchard, Jamin, Jullien, Laborde, Lataste, Lefèvre V.-Ch. ; Leroux Ch. ; Marchant-Gérard, Maygrier, De Molènes, Peyrot, Poyet, Richelot, Valude, *Membres du Comité.*

Adresser toute demande d'admission au D. Doléris, *Secrétaire Général, 5, Avenue de l'Opéra.*

L'Alcoolisme à la vapeur : Les Wagons Bars dans les Chemins de fer. — Nous apprenons que M. A Sartiaux, ingénieur en chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord, s'est toujours montré nettement opposé à l'admission des wagons-bars dans les trains circulant sur le réseau du Nord.

Les voitures Bars, qui sont actuellement remorquées par les trains de la Compagnie de l'Ouest assurant un service circulaire entre Paris Saint-Lazare et Paris-Nord, sont même détachées de ces trains à leur arrivée à la première gare Nord (Sannois) et reprises à cette gare dans le sens du retour.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A

Abcès épileptiques (la température dans les —)..... 96
Académie de médecine (prix de l'—)..... 35
— des sciences (prix de l'—)..... 35
Accès convulsifs chez une épileptique..... 61
— épileptiques et maladies infectieuses..... 133
Affaire Vacher (l'—)..... 5
Alcoolisme (congrès contre l'—)..... 160
— (la ligue contre l'—)... 98
Aliénés (assistance des —). 165, 233, 303
— du canton de Zurich (la statistique des —).... 6
— et infirmières..... 35
— en Russie (des —)..... 193
— (statistique des professions des —)..... 272
— (strangulation d'une —) 35
Aliénistes (congrès des médecins —)..... 137
Ame du criminel (l'—)..... 126
Année psychologique (l'—). 125
ANTHEAUME.....160, 339
Antisémitisme (l'—)..... 125
ARNAUD..... 64
Asile d'aliénés (direction et personnel des —)..... 19
— (les médecins des —).. 101
— (organisation scientifique d'un —)..... 197
Assistance des aliénés. 165, 233, 303
— publique et de bienfaisance privée (congrès d'—) 258
Attaques hystéro-épileptiques (la température dans les —)..... 96
Azoospermie et la stérilité (l'—)..... 284

B

BIANCHI (L.)..... 205
BINET (Alfred)..... 125
BOISSIER (F.)..... 163

C

Centres nerveux et la taille (la variation des —)..... 192
Cliniques de la Salpêtrière (les —)..... 119
Conférence antianarchiste de Rome (à propos de la —)..... 48
COGNETTI DE MARTIIS..... 178
Congrès contre l'alcoolisme (le —)..... 160
— d'assistance en 1900 (le —)..... 99
— d'assistance publique et de bienfaisance privée 258
— des médecins aliénistes et neurologistes..... 137
Cruauté et pitié chez la femme..... 93

D

DALLEMAGNE..... 226
DALLEMAGNE (J.)..... 286
DEERING (B.)..... 52
DÉGA (Georgette)..... 190
Dipsomanie morphinique (cas de —)..... 339
Direction des asiles d'aliénés..... 19
DRANSART..... 282

E

Ecorce cérébrale (rôle de l'—).....293, 325
Education et l'hystérie féminine (l'—)..... 190
Epilepsie consécutive à une ovariotomie..... 280

Epilepsie et maladies infectieuses..... 133
— et paralysie générale juvénille..... 218
— (pouls et température dans l'—)..... 244
Epileptique (accès convulsifs chez un —)..... 61
— (thérapeutique ovarienne chez les —)..... 80
Etats neurasthéniques (les —)..... 127
Etude statistique sur le suicide en Angleterre..... 84
Expertises médico-légales. 371

F

Famille névropathique (la) 127
Farnarier (F.)..... 205
Femme (cruauté et pitié chez la —)..... 93
— en prison (la —)..... 126
Ferrero (Guillaume)..... 93
Fleury (Maurice de)..... 126
Folie de Saül (la —)..... 178
— (la — et la responsabilité)..... 104
— sympathique (cas de —)..... 32
Funaioli..... 121

G

Gambetta (Léon) (à propos de —)..... 58
Genèse des fonctions visuelles..... 282
Gilles de la Tourette..... 127

H

Histologie du myélencéphale de Vacher..... 229
Hôpitaux et services d'observation..... 165
Houeix de la Brousse..... 34
Hystérie féminine et l'éducation (l'—)..... 190
Hystéro-épileptique (la température dans les attaques —)..... 96
Hyvert..... 191

I

Idées fixes (sur les —)..... 205
Infirmiers et aliénés..... 35
Inversion du sens génital (cas d'—)..... 181

K

Klippel.....69, 110, 194 357

L

Laborde (J. V.)..... 58
Leroy (Raoul)..... 339
Lésions tabétiformes dans la paralysie générale (les —)..... 37
Lombroso (Cesare)..... 125
Lutaud (A.)..... 52

M

Mairet..... 126
Maladies infectieuses et accès convulsifs épileptiques..... 133
Marchand (L.), 61, 80, 96, 113, 133, 191, 218, 244
Marie (A.).....48, 95, 193, 233
Marro (A.)..... 94
Médecine mentale (le stage de — à l'étranger)..... 116
Médecins des asiles (les —) 101
Médico-psychologique (procédé —)...28, 64, 91, 196. 254
Morphinomanie (traitement de la —)..... 52
Myélencéphale de Vacher (histologie du —)..... 229

N

Neurologistes (congrès des médecins —)..... 137

O

Open door en Ecosse (l —). 261
Organisation d'un service d'aliénés..... 303
— scientifique d'un asile. 197
Ovarienne (thérapeutique — chez les épileptiques). 80
Ovariotomie (épilepsie consécutive à une —)..... 280

P

Pachyméningite suppurée (cas de —)..... 277
Pactet (F.).....69, 123, 195
Paralysie faciale zostérienne (la —)..... 194
— générale (de la —)..... 126
— juvénile et épilepsie. 218

Paralysie générale (les lésions tabétiformes dans la —)..... 37
— générale (les stigmates de la —)..... 282
— générale précoce (cas de —).....28, 63, 121
— générales progressives (les —)..... 69
— pseudo-paralysie générale arthritique..... 357
Paralytiques généraux (descendance des —)..... 124
Pathologie de la volonté (la —)..... 286
Patronage des aliénés (le —)..... 233
Péraire..... 195
Personnel médical des asiles d'aliénés..... 19
Pouls dans les vertiges épileptiques..... 244
Professions des aliénés (statistique des —)..... 272
Puberté chez les différents peuples (la —)..... 94

R

Rabaud (Etienne)..... 37
Raymond (Pr)..... .....63, 119
Responsabilité (la folie et la —)..... 104
— pénale (la volonté et la —)..... 226
Russie (les aliénés en —)... 193
Ryckère (de)..... 126

S

Salpêtrière (les cliniques de la —)..... 119
Scoliose hystérique (la —).. 34
Sens génital (cas d'inversion du —)..... 181
Sérieux (Paul)..... 6
Sibbald..... 84
Société médico-psychologique.....28, 64, 91, 196, 254
Soury (Jules).....293, 325
Statistique des aliénés du canton de Zurich..... 6
Stérilité chez l'homme (la—). 284
Stigmates de la paralysie générale (les —)..... 282
Suicide (étude statistique sur le — en Angleterre).. 84
Stage de médecine mentale à l'étranger (le —)..... 116

T

Tabes et paralysie générale..... 37
Température chez une maniaque (variations de la —)..... 113
— dans les vertiges épileptiques..... 244
Thérapeutique ovarienne chez les épileptiques (de la —)..... 80
Toulouse (Éd.) 6, 19, 61, 80, 104, 113, 133, 165, 197, 218, 229, 261, 300, 371

V

Vacher (affaire —)..... 5
— (histologie du myélencéphale de —)..... 229
Vallon (Ch.)..... 193
Vertiges épileptiques (la température dans les —). 96
— épileptiques (pouls et température dans les —). 244
Vigouroux (A.)...61, 94, 97, 277, 291
Viguier.... 277
Visuelles (genèse des fonctions —)..... 282
Volonté et la responsabilité pénale (la —)..... 226
—(la pathologie de la —) 286

W

Wahl..... 124

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

41C
569